

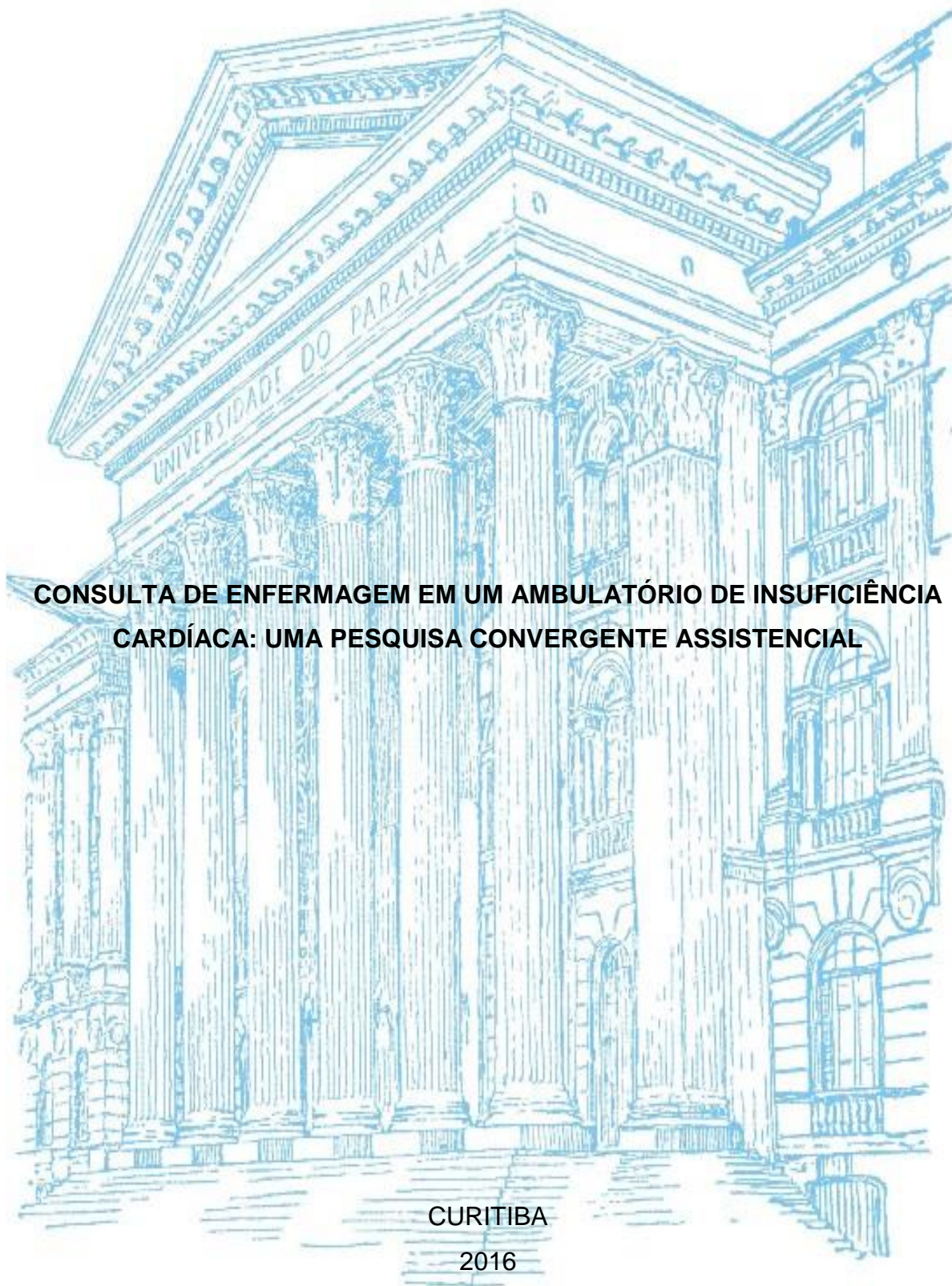
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANNA CAROLINA GASPAR RIBEIRO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

CURITIBA

2016



ANNA CAROLINA GASPAR RIBEIRO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

CURITIBA
2016

Ribeiro, Anna Carolina Gaspar

Consulta de enfermagem em um ambulatório de insuficiência cardíaca: uma pesquisa convergente assistencial / Anna Carolina Gaspar Ribeiro – Curitiba, 2016.
126 f. ; il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Processos de enfermagem. 3. Insuficiência cardíaca. 4. Assistência ambulatorial. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

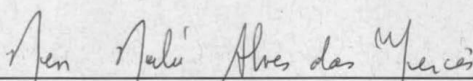
CDD 616.129

TERMO DE APROVAÇÃO

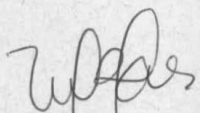
ANNA CAROLINA GASPAR RIBEIRO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

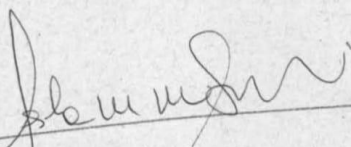
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Mestrado Profissional, setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Presidente da banca: Profª Dra. Nen Nalú Alves das Mercês
Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Externo: Prof. Dr. Márcio Roberto Paes
Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Interno: Prof. Dra Leila Maria Mansano Sarquis
Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 05 de outubro de 2016.

*À minha doce e amável Maria Fernanda,
luz dos meus dias, motivação
para enfrentar a caminhada.*

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por me amparar em momentos difíceis, me dar forças para superar as adversidades, me mostrar o caminho nas horas incertas e suprir minhas necessidades.

À minha mãe **Sirlei Gaspar**, meu grande exemplo de mulher batalhadora, por ter me direcionado para os passos que hoje trilho.

Às minhas irmãs **Thais, Vanessa e Ane Lize**, pela disponibilidade de tempo e palavras de incentivo e força durante todo o curso.

À minha tia **Celia Gaspar**, pelo exemplo de força e superação.

À minha orientadora prof^a **Dra Nen Nalu Alves das Mercês**, pelo carinho, atenção e todo conhecimento dispensados nessa caminhada. Orgulho-me do ser humano que é.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** - Mestrado Profissional, pela iniciativa, colaboração e disponibilidade dos professores.

Aos professores **Dr^a Leila M. Mansano Sarquis, Dr. Márcio Roberto Paes e Dr^a Ana Paula Hermann**, pelas considerações ao longo do processo de pesquisa que resultou nesta dissertação.

Às **Colegas do Mestrado Profissional**, pela solidariedade e companheirismo que descreve muito bem a nossa relação. Levarei comigo nossos momentos de alegrias e frustrações pois foram neles que mais cresci.

Aos colegas **do Grupo de Pesquisa NEPECHE**, pela construção coletiva do conhecimento e pelas contribuições ao meu trabalho.

Às **amigas do subgrupo de pesquisa**, que possibilitaram que a jornada fosse mais agradável. Em especial, **Adriana Sampaio**, por todas as tardes de estudo juntas. Sem você estas páginas não teriam sido escritas.

Ao **Hospital de Clínicas**, que se constituiu como um campo riquíssimo para o desenvolvimento desta pesquisa.

À **Direção de Enfermagem e aos Grupos de Trabalho de Enfermeiras do HC**, sinto-me honrada pela oportunidade de fazer parte de um grupo capacitado, envolvido e comprometido em construir uma enfermagem autônoma.

Aos **colegas do Centro de Terapia Intensiva Cardiológica**, pela parceria e colaboração durante esses anos.

Aos **Residentes de Enfermagem da área cardiovascular**, que me motivaram a aprofundar meus conhecimentos, sou eternamente grata pela colaboração e mútua aprendizagem nesses 4 anos de preceptoria.

À minha amiga **Solange Meira de Souza**, obrigada pelas palavras de carinho nos momentos de fragilidade.

Aos demais **amigos e familiares**, por entenderem as ausências e incentivarem minha formação. Estarão sempre guardados do lado esquerdo do peito.

RESUMO

Introdução: A consulta de enfermagem demonstra ser um instrumento tecnológico viável na promoção, manutenção e recuperação das necessidades humanas básicas afetadas nos portadores de insuficiência cardíaca (IC). **Objetivo:** sistematizar a consulta de enfermagem no ambulatório de IC, segundo a Teoria das Necessidades Humanas básicas. **Metodologia:** Pesquisa Convergente Assistencial que utilizou a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta como referencial teórico para a implementação da consulta de enfermagem. O estudo foi realizado em um hospital de ensino de Curitiba e envolveu quatro residentes de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional na área cardiovascular. A escolha dos participantes ocorreu devido à participação destes no local de estudo e ao envolvimento destes na organização da assistência de enfermagem prestada aos portadores de IC. O estudo foi realizado no período de abril a novembro de 2015 e constituído por 4 etapas: sondagem do conhecimento por meio da aplicação do questionário Q-CENIC; grupos de convergência para capacitar o grupo no manejo da IC e para sistematizar as etapas da consulta de enfermagem no ambulatório; observação participante a partir da qual ocorreu a inserção da pesquisadora e participantes no cenário da pesquisa para a realização da consulta de enfermagem. Em doze dias de seguimento, foram realizadas 16 consultas de enfermagem, totalizando 50 horas de observação. A quarta e última etapa da pesquisa contemplou a elaboração de um guia para a realização da consulta de enfermagem no ambulatório de IC. **Resultados:** a média de acertos do questionário composto por 15 questões foi de 11,25 respostas corretas. No entanto, há um déficit de conhecimento dos participantes sobre controle de peso, ingestão de sódio e sinais prévios de descompensação. Diante deste quadro, foram discutidos nos grupos de convergência os aspectos fisiológicos e manejo da IC, bem como o processo de enfermagem direcionado a esses indivíduos. Foram necessários nove encontros para que o grupo obtivesse hegemonia no conhecimento teórico e para a construção de um roteiro para a consulta de enfermagem a ser seguido pelos participantes durante a prática no ambulatório de IC. Quanto à prática da consulta de enfermagem, evidenciou-se que as necessidades humanas mais evidentes dizem respeito às psicobiológicas. Contudo, o sofrimento psicossocial compromete a qualidade de vida dos portadores de IC. As principais ações desenvolvidas, pela mestrandia-pesquisadora e pelos participantes, estão relacionadas à educação em saúde. Os atendimentos foram registrados no roteiro para a consulta de enfermagem e no prontuário físico do paciente. **Discussão:** a consulta de enfermagem mostrou que a participação da enfermagem é relevante, pois o olhar peculiar da profissão sobre o indivíduo permite envolvê-lo no seu processo saúde-doença, realizando ações de educação em saúde, melhorando o conhecimento sobre a doença e planejando junto ao indivíduo planos de cuidados que possibilitem a redução das taxas de internamento tanto quanto melhorem a qualidade de vida. **Considerações finais:** a consulta de enfermagem foi sistematizada e pode ser implantada, abrindo novos campos de pesquisa para a Enfermagem. Contudo, é necessário que a instituição disponibilize meios para a sua realização.

Palavras-chave: Enfermagem. Processos de enfermagem. Insuficiência cardíaca. Assistência ambulatorial.

ABSTRACT

Introduction: nursing consultation has been evidenced as a feasible technological tool for the promotion, maintenance and recovery of the basic human needs affected in heart failure (HF) sufferers. **Objective:** to systematize nursing consultations at an HF outpatient clinic, according to the Theory of Basic Human Needs. **Methods:** It is a Convergent Healthcare Research study, which made use of the theory of human basic needs by Wanda Horta as the theoretical background to implement nursing consultation. The study was carried out at a teaching hospital in Curitiba, and involved four nursing residents from the Multiprofessional Residence Program in the cardiovascular field. Participant's selection was due to their participation in the study setting, as well as their involvement in the organization of the nursing care delivered to HF sufferers. The study was held between April and November of 2015 and comprised 4 steps: knowledge survey by means of the application of the Nurses Knowledge of Heart Failure (NKHF) questionnaire; convergence groups in order to qualify the group for the HF management, and systematize nursing consultation steps in the outpatient clinic; participant observation, which introduced the researcher and participants in the research setting in order to carry out the nursing consultation. In twelve days of follow-up, 16 nursing consultations were held, totaling 50 hours of observation. The fourth and last research step performed the elaboration of a guide for the nursing consultation in the HF outpatient clinic. **Results:** Hit average of the questionnaire, entailing 15 questions, was 11.25 right answers. However, there was knowledge deficit on the part of the participants on weight control, sodium intake and previous signs of decompensation. Thus, HF physiological aspects and management, as well as individual-oriented nursing process were discussed in the convergence groups. Nine meetings were necessary for the group to master the theoretical knowledge, and for the construction of a nursing consultation guide to be followed by the participants during the practice at the HF outpatient clinic. As for the nursing consultation practice, it was evidenced that psychobiological human needs were the most outstanding ones. However, psychosocial suffering hinders HF patients' quality of life. The main actions developed by the Master's Degree student-researcher and participants were related to health education. Interventions were recorded in the guide for nursing consultation and in the patients' physical records. **Discussion:** Therefore, nursing consultation showed the relevance of nursing participation as the unique look of the profession at the individual enables his/her involvement in the health-disease process, performing actions on health education, improving the knowledge on the disease and elaborating individuals' care planning, which enables the reduction of hospitalization rates as well as the improvement of the quality of life. **Conclusion:** Thus, nursing consultation was systematized and can be implemented, opening new Nursing research fields. However, the institution must provide ways to carry it on.

Key words: Nursing. Nursing Processes. Heart Failure. Outpatient Healthcare.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- ETIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	25
FIGURA 2 - PANORAMA DO CENÁRIO DE PESQUISA: RECEPÇÃO	125
FIGURA 3 - SIMULAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE IC.....	125
QUADRO 1 - CRITÉRIOS DE BOSTON	31
QUADRO 2 – CRITÉRIOS DE FRAMINGHAN	32
QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL NYHA	32
QUADRO 4 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	45
QUADRO 5 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	53
QUADRO 6 - APRESENTAÇÃO DAS ETAPAS DA PERCRUTAÇÃO	57
QUADRO 7- ATIVIDADES DA FASE DA PERSCRUTAÇÃO	62
QUADRO 8 - SÍNTESE DOS RESULTADOS DA PESQUISA POR OBJETIVO PROPOSTO.....	66
QUADRO 9 - CARACTERÍSTICAS DOS PORTADORES DE IC ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE IC	78
TABELA 1 - CONHECIMENTOS DOS PARTICIPANTES SOBRE MANEJO CLÍNICO NA IC. CURITIBA, 2016.	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHA	– <i>American Heart Association</i>
CE	– Consulta de Enfermagem
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CF	– Classe Funcional
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	– Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	– Doença Cardiovasculares
EBSERH	– Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	– Estados Unidos da América
ESC	– <i>European Society of Cardiology</i>
FE	– Fração de Ejeção
HC	– Hospital de Clínicas
IC	– Insuficiência Cardíaca
MEC	– Ministério da educação
MS	– Ministério da Saúde
NANDA	– <i>North American Nursing Association</i>
NHB	– Necessidades Humanas Básicas
NIC	– <i>Nursing Interventions Classifications</i>
NOC	– <i>Nursing Outcomes Classifications</i>
NYHA	– <i>New York Heart Association</i>

OPAS	– Organização Pan-americana de Saúde
PE	– Processo de Enfermagem
SBC	– Sociedade Brasileira de Cardiologia
SAE	– Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAM	– Serviço Médico Ambulatorial
SRAA	– Sistema renina- angiotensina-aldosterona
SUS	– Sistema Único de Saúde
TLCE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
VE	– Ventrículo Esquerdo
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	24
3.1.1 Fisiopatologia da insuficiência cardíaca	26
3.1.2 Avaliação do portador de insuficiência cardíaca	29
3.1.3 Medidas terapêuticas	33
3.2 O CUIDADO	35
3.2.1 Cuidado de enfermagem	37
3.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM	39
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
4.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	43
5 REFERENCIAL METODOLÓGICO	48
5.1 FASE DE CONCEPÇÃO	49
5.2 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO	50
5.2.1 Cenário da pesquisa.....	50
5.2.3. O ambulatório de enfermagem no cenário de estudo	51
5.2.4 Participantes do estudo	53
5.2.5 Técnicas de coleta de dados.....	54
5.3 FASE DE PERSCRUTAÇÃO	56
5.3.1 Coleta e registro dos dados.....	56
5.4 FASE DE ANÁLISE	64
5.5. ASPECTOS ÉTICOS	65
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PERFIL SOCIAL.....	67
6.2 O CONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES	69
6.3 SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE IC, SEGUNDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	73

6.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE IC	75
7. ELABORAÇÃO DO GUIA DE AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PORTADORES DE IC.....	78
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	96
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE REGISTRO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM	98
APÊNDICE 3 - GUIA PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADORES DE IC	102
ANEXO 1- PARECER CIRCUNSTANCIADO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS HC-UFPR	122
ANEXO 2- QUESTIONÁRIO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE INSUFICIÊNCIA CARDÍCA (Q-CENIC).....	125
ANEXO 3- ORGANOGRAMA DO HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	126
ANEXO 4- FOTOGRAFIAS DO AMBULATÓRIO	127

1 INTRODUÇÃO

No último século, houve uma mudança nos padrões de viver, adoecer e morrer que Schramm et al. (2004) denominaram de transição epidemiológica, associada, em geral, às grandes mudanças econômicas, sociais e demográficas. Segundo esses autores, conforme o perfil sóciodemográfico fora se reconfigurando, houve uma tendência de diminuição na morbimortalidade por doenças transmissíveis que, se de um lado permitira o aumento da expectativa de vida dos indivíduos, por outro, tornaram mais susceptíveis à doenças não transmissíveis na fase adulta.

Paim et al. (2011) descrevem que no início do século passado as principais causas de morte estavam relacionadas às condições sanitárias que culminavam no surgimento de doenças parasitárias, infecciosas e as do puerpério. No século XXI, a melhora das condições socioeconômicas e o incremento científico-tecnológico, teriam sido responsáveis pelo aumento da expectativa de vida. Em alguma medida, isto quer dizer que passou-se a viver mais, mas não necessariamente melhor do que as gerações passadas. Afinal, o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo e a alimentação desequilibrada de nosso tempo, são reflexos das mudanças nos hábitos de vida da população e influenciam nas condições de saúde da população. (SCHMIDT et al., 2011; MALTA et al., 2013).

A tese desses autores, permite inferir que tais hábitos associados ao envelhecimento da população levaram-na a experimentar um maior risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que são um problema de saúde pública global, consideradas uma ameaça ao desenvolvimento da humanidade. (SCHMIDT et al., 2011).

As doenças cardiovasculares (DCV), a diabetes, o câncer e as doenças respiratórias crônicas, são as DCNT de maior prevalência mundial desvelando-se como algumas das principais causas de óbito no mundo. Estima-se que 38 milhões de pessoas morrem por ano em decorrência dessas doenças. Sendo que 14 milhões desses óbitos ocorrem entre indivíduos que possuíam entre 30 e 70 anos de idade, com maior impacto nos países em desenvolvimento. (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2014). Portanto, é válido ressaltar que as elevadas taxas de DCNT causam impacto sobre os governos, haja vista o número elevado de mortes prematuras, a incapacidade e limitação física e psicológica, assim como os

custos elevados para o indivíduo, sociedade e governo. (BRASIL, 2011; WHO, 2014).

Estudos sobre o impacto das DCNT no Brasil demonstraram que as populações mais vulneráveis são aquelas de baixa renda e baixa escolaridade, o que também ocorre em países desenvolvidos e em desenvolvimento. E muito embora, nos anos de 1996 a 2007, tenha sido detectada uma redução de 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, estas ainda são um problema de saúde pública de alto impacto socioeconômico. (SCHMIDT et al., 2011; MALTA et al., 2013).

A WHO aponta que 74% das mortes registradas de 2000 a 2012 foram por DCNT, sendo a de maior incidência as DCV. (WHO, 2014). Buscando atender a demanda para redução do impacto das DCNT, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT com foco na implementação de políticas baseadas em evidências e o intuito de garantir maior agilidade e resolutividade no tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O plano foi dividido em três eixos de atuação, sendo o primeiro eixo focado na vigilância, informação, avaliação e monitoramento das DCNT; o segundo na promoção à saúde; e o último, em ações que promovam o cuidado integral. (BRASIL, 2011).

Dada a importância da compreensão das DCNT para a população, são necessárias ações integradas, nos diversos níveis de atenção à saúde, a fim de possibilitar a incorporação de novos hábitos de vida, favorecendo sua condição de saúde-doença, permitindo o autocontrole e melhorando a qualidade de vida.

Portanto, destaca-se, neste estudo, a Insuficiência Cardíaca (IC) como uma doença do grupo das DCV caracterizada como a via final para a maioria das cardiopatias, resultando em alterações sistêmicas e com diminuição progressiva da autonomia do portador¹ pela evolução da doença.

Neste sentido, vale ressaltar que a IC é uma síndrome clínica complexa caracterizada por incapacidade de enchimento ventricular ou de ejeção do sangue para a circulação, causando hipoperfusão tissular dos tecidos adjacentes. Esta - incapacidade está relacionada a alterações funcional ou estrutural do coração. (BOCCHI et al., 2009; BOCCHI et al., 2012).

¹ Será utilizado o termo portador neste estudo para designar a pessoa com insuficiência cardíaca.

Atualmente, devido aos avanços tecnológicos nos eventos cardíacos isquêmicos agudos, com uma maior sobrevivência, há um aumento de indivíduos propensos a desenvolver a IC (BRASIL, 2011).

De acordo com dados do MS, em 2015 foram registrados quase 17 mil internamentos para tratamento dos sintomas de IC, cuja média de permanência foi de 7,4 dias e taxa de mortalidade de 10,14. Observa-se que as internações aumentaram proporcionalmente com a faixa etária. Tais internações custaram aos cofres públicos mais de R\$ 23 milhões de reais. (BRASIL, 2015).

Os estudos sobre IC identificam, como principal causa de descompensação, a falta de adesão ao tratamento terapêutico. Portanto, abordar o paciente com foco na aderência ao regime terapêutico farmacológico, a autonomia no seu cuidado, tornando-o capaz de reconhecer os sinais clínicos de descompensação, orientando sobre a importância de uma dieta com restrição de sódio, bem como da necessidade de atividade física, deve ser o objetivo dos profissionais de saúde que acompanham esses indivíduos. (BENTO; BROFMAN, 2009; MARGOTO; COLOMBO; GALLANI, 2009).

No estudo clínico randomizado realizado por Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín, Herrera-Cortés (2012), em um hospital Colombiano, as autoras avaliaram a efetividade destas ações de cunho educativo desenvolvidas por enfermeiras para portadores de IC. Segundo elas, os encontros educativos, por meio das visitas domiciliares e do acompanhamento telefônico, permitiram melhorar o conhecimento e a adesão ao tratamento.

Domingues et al. (2011) associaram as visitas realizadas por enfermeiras, antes da alta hospitalar, assim como o acompanhamento telefônico posterior a ela, como mecanismo redutor das taxas de reinternações que, portanto, acarretaram em uma melhor qualidade de vida do paciente.

No Brasil, Bento e Brofman (2009) identificam resultados semelhantes em estudo desenvolvido na Santa Casa de Curitiba ao relatar o impacto da Consulta de Enfermagem (CE) na redução das internações em portadores com IC.

Deste modo, a CE é uma atividade privativa da enfermeira, e consiste em um método para sistematizar a assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção, orientando a prática do cuidado e conferindo à profissão maior cientificidade, resolubilidade e qualidade nas suas ações. (BRASIL. COFEN, 2009).

De acordo com Oliveira et al. (2012), a consulta de enfermagem em serviços ambulatoriais é uma estratégia leve-dura que confere maior resolutividade ao processo de cuidar, favorece a promoção à saúde, a implementação de diagnósticos e intervenções e pode prevenir os agravos. Mas o que seriam estratégias leve-duras?

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), as tecnologias leve-duras são caracterizadas por ações que envolvem a capacidade do profissional de compreender o indivíduo e suas necessidades a partir de saberes já postos, como a fisiopatologia, a epidemiologia, entre outros. Na perspectiva da Enfermagem, tais tecnologias envolvem, além dos saberes, a sua aplicabilidade, ambos produzidos pelas teorias construídas neste campo.

Portanto, fica claro que a implantação da consulta de enfermagem baseada em um modelo teórico, possibilita ações que contribuem para a redução dos internamentos, resultando, também, em uma considerável economia de esforços e gastos dispensados no tratamento de quadros de descompensação do portador de IC. O que, sem dúvida, repercute consideravelmente na melhor qualidade de vida dos pacientes por meio da assistência qualificada diante da complexidade terapêutica e nas políticas públicas de saúde.

Como enfermeira e preceptora da enfermagem, na área cardiovascular há dois anos, percebi a necessidade da atuação da enfermeira na equipe de saúde do ambulatório de IC. Em 2010, a inserção da Enfermagem começou com os residentes de enfermagem, sem o acompanhamento de uma enfermeira da instituição, gerando uma dificuldade do *continuum* da assistência de enfermagem ao portador de IC. Portanto, sentiu-se a necessidade da estruturação da assistência de enfermagem no ambulatório de IC. Sendo assim, em boa medida, este estudo surge deste diagnóstico atrelado à minha prática.

Está consabido que a consulta de enfermagem se torna relevante por permitir que as enfermeiras² se aproximem desta parcela da população,

² Neste trabalho, o termo enfermeira (s) será utilizado como referência aos profissionais de enfermagem, de nível superior, de ambos os sexos. Haja vista que as mulheres são o maior quantitativo na profissão.

desenvolvendo conhecimento, habilidades e atitudes no manejo aos portadores de IC. A enfermeira é a profissional capacitada para promover a educação em saúde.

Além do mais, se a doença crônica é um evento que exige que seu portador redefina seus conceitos, percepções e implica em mudanças no estilo de vida, de que modo a enfermeira pode atuar não apenas no cuidado para com o paciente, senão, também, no desenvolvimento de estratégias que visem a maior autonomia dos pacientes para cuidarem de si mesmos?

O cuidado de enfermagem deve ser centrado na pessoa e nas necessidades apresentadas por esta, pois é por meio da escuta sensível que a enfermeira permite a verbalização e o reconhecimento da condição do indivíduo, auxiliando a comprometer-se com o autocuidado. (SOUSA; MARTINS; PEREIRA, 2015). Portanto, compete à enfermeira reforçar as ações relativas ao autocuidado como medidas de redução das internações, refletindo em importante melhora da qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas. (FERREIRA et al., 2015).

Em linhas gerais, reconhece-se a importância da assistência de Enfermagem individualizada e organizada, centrada no ser humano com o objetivo de torná-lo autor do seu processo saúde-doença como pedra angular da atenção ao portador de IC.

Sob essa perspectiva se definiu a questão-problema norteadora desta pesquisa: ***como implantar a consulta de enfermagem em um ambulatório de IC?*** Para dar cabo ao desenvolvimento desta questão-problema, optou-se pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), pois o método reforça a necessidade de convergência entre a assistência de enfermagem e a pesquisa com o objetivo de solucionar os problemas advindos da prática diária, possibilitar a mudança de ações ultrapassadas e a implementação de inovações que possam melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Outrossim, a inserção da pesquisadora no cenário de pesquisa, de onde emergiu o problema a ser investigado, contribuiu para a escolha do método.

Construiu-se um modelo para a consulta de enfermagem para portadores de IC sustentado no referencial da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) da prof^a Dr^a Wanda de Aguiar Horta, implantado no ambulatório de um hospital de ensino.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Sistematizar a consulta de enfermagem no ambulatório de insuficiência cardíaca, segundo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver as etapas da consulta de enfermagem no ambulatório de IC.
- Elaborar um guia para a consulta de enfermagem para portadores de IC.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, foram abordados conteúdos que subsidiaram a elaboração desta pesquisa. Reforçando-se a tendência da saúde baseada em evidências, foram utilizadas diretrizes clínicas nacionais e internacionais, assim como outros estudos relevantes para o manejo de IC. Em seguida, o cuidado e, no terceiro tópico, a CE enquanto uma metodologia científica para o cuidado.

3.1 A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A IC tem se tornado a principal causa de hospitalização, morbidade e mortalidade mundial. Estima-se que 5.8 milhões de pessoas nos EUA e cerca de 23 milhões ao redor do mundo sejam portadores de IC. A incidência e a prevalência tem aumentado significativamente, pois estão associados ao envelhecimento da população e, por este motivo, sobrecarrega os sistemas de saúde.

Segundo alguns dados, em torno de 40% dos portadores de IC morrem no primeiro ano após a primeira internação, devido à complexidade deste grupo, pois tratam-se de idosos, utilizando várias classes farmacológicas e com múltiplas comorbidades associadas. (LUI; EISEN, 2014).

Tal fato contribui para que a IC seja vista como um dos maiores problemas de saúde no mundo, uma vez que os casos atingem não apenas os países desenvolvidos, mas nota-se um crescimento significativo de sua incidência em países pobres e em desenvolvimento. (BRAUNWALD, 2015).

Entretanto Gai, Klein Oliveira (2014) relatam que as taxas de mortalidade no Brasil apresentaram um decréscimo de 32,1% no período de 1996 a 2011, o que pode significar um avanço na qualidade do tratamento. Contudo, a IC continua sendo uma das principais causas de mortes. Em 2013, registrou-se mais de 27 mil óbitos por IC, dos 339.642 óbitos por doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2013).

Os estudos apontam o maior acometimento de IC entre homens, com idade superior a 65 anos, com baixo padrão socioeconômico e com vários fatores de risco associados (JAARSMA et al., 2012; LUI; EISEN, 2014; CARSON et al., 2015). No Brasil, estudos confirmam estes dados e apontam que a IC é uma das principais causas de internamento no SUS, acometendo em maior número idosos acima dos 60 anos, do sexo masculino, com baixa escolaridade, nos quais as etiologias

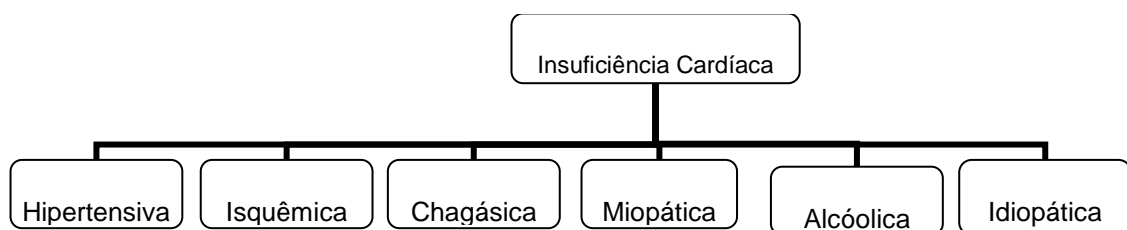
hipertensiva e isquêmica são as mais recorrentes. (MUSSI et al., 2013; FEIJÓ et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2014).

O estudo realizado por Carson et al. (2015) reforça a complexidade que envolve esta síndrome. De uma população com 4128 portadores de IC, houve uma predominância de idosos com mais de 70 anos, com duas ou mais comorbidades associadas e utilizando no mínimo quatro classes farmacológicas. Destes, 53% foram hospitalizados, pelo menos uma vez, nos 49 meses de seguimento, sendo a descompensação da IC a principal causa de internação (21,1%). Todavia, o que chama atenção neste estudo são os altos índices de reinternação hospitalar após 30 dias e taxa de mortalidade de 11,7% após o primeiro internamento por IC.

Diante deste quadro, os sinais e sintomas decorrentes do aporte inadequado de suprimento sanguíneo acarreta a ativação de mecanismos neuro-humorais e moleculares, como o sistema adrenérgico e sistema renina-angiotensina-aldosterona, que associados aos fatores genéticos e ambientais contribuem para as mudanças estrutural e funcional do coração. Tais mudanças são definidas como *remodelamento cardíaco*. (AZEKA et al., 2014).

Para direcionar o manejo adequado da IC, torna-se imprescindível investigar a etiologia desta síndrome para que seus portadores sejam beneficiados da terapêutica mais adequada. Neste sentido, a etiologia está dividida em seis grupos como demonstrado na FIGURA 1.

FIGURA 1- ETIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



FONTE: Adaptado de BOCCHI et al. (2009).

Dentre as causas idiopáticas incluem as relacionadas a estados metabólicos, gestação, nutricionais, toxinas e drogas, infiltrativas e doenças não cardíacas como a anemia. (BOCCHI et al., 2009).

Para compreender as alterações cardíacas que são vividos pelos portadores de IC na progressão desta síndrome, será descrito a seguir sua fisiopatologia.

3.1.1 Fisiopatologia da insuficiência cardíaca

O estabelecimento da IC pode ocorrer em três condições: a primeira é chamada de aguda, na vigência do infarto agudo do miocárdio, a segunda é chamada de gradual, quando há sobrecarga de volume e pressão por longos períodos, e na terceira condição, identificada como hereditária, estão as cardiomiopatias genéticas. (MANN, 2013).

Sob tais condições, os cardiomiócitos, células especializadas do músculo cardíaco, sofrem injúria, e para que haja homeostasia circulatória há ativação do sistema renina-angiotensina e do sistema nervoso adrenérgico. Estes promovem vasoconstrição sistêmica, aumento da contratilidade do miocárdio, retenção de sódio e água, taquicardia, aumento de pressão e volume sanguíneo para manutenção do débito cardíaco adequado, além de ativar mediadores pró-inflamatórios. Em contrapartida, estes mecanismos ativam os peptídeos natriuréticos que têm por função a vasodilatação periférica e natriurese, captando mais água e sódio, contrabalanceando as ações neuro-humorais. (BRAUNWALD, 2015).

Contudo, estes mecanismos básicos de adaptação, ou mecanismos compensatórios para a manutenção da função de bomba cardíaca são, a longo prazo, maléficos ao organismo. Zornoff et al. (2009) afirmam que as alterações decorrentes da agressão vivida pelo miocárdio são as responsáveis pelas mudanças no tamanho, volume, estrutura e função do coração. Assim, pode-se inferir que a IC envolve dois mecanismos, um hemodinâmico ou anatômico e um mecanismo neuro-humoral, os quais são descritos a seguir.

De acordo com a Lei de Frank-Starling, quanto mais os cardiomiócitos se distendem, maior será sua força de contração e, portanto, mais efetiva será a ejeção de sangue do coração. Entretanto, a sobrecarga contínua de volume e pressão atinge um platô e compromete a capacidade de contração. Quando a etiologia é

hipertensiva - sobrecarga de pressão - evidencia-se aumento da massa e hipertrofia ventricular. Quando a etiologia é isquêmica - sobrecarga de volume e pressão - há redução na função sistólica e dilatação ventricular. (JONSHON, 2014).

O Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) parece ser ativado tardiamente na IC e os mecanismos que envolvem sua ativação podem ser a hipoperfusão renal, queda do sódio filtrado nos túbulos renais e estimulação simpática aumentada nos rins convergindo para a liberação da renina. (MANN, 2013).

Segundo Maldonado e Kaike (2011), a renina é uma glicoproteína com a função de fragmentar o angiotensinogênio em angiotensina I, que possui ação vasoconstritora discreta, desencadeando o SRAA. Por sofrer ação da enzima conversora de angiotensina, a angiotensina I modifica-se em angiotensina II, potencializando a ação vasoconstritora e estimulando o crescimento celular e a liberação de aldosterona e catecolaminas. Também degrada Bradicinina, inibindo a ação vasodilatadora dessa proteína e estimula a liberação de aldosterona.

Mann (2013) ressalta que a angiotensina II pode ser sintetizada por vias independentes da enzima conversora de angiotensina, como através da enzima chamada quinase que se evidencia no uso de inibidores de enzima conversoras de angiotensina. Este fenômeno se torna relevante ao considerar que o uso desses inibidores pode não impedir a continuidade do sistema.

Por sua vez, a aldosterona inicialmente envolvida com a reabsorção de sódio em troca de Potássio nos segmentos distais dos nefrons. Entretanto, a longo prazo, ela é responsável pela hipertrofia e necrose da vasculatura cardíaca, contribuindo para a redução da complacência vascular e resultando em enrijecimento vascular, ou seja, acarreta disfunção endotelial. (MALDONADO; KAIKE, 2011). Mann (2013) reforça que estes feitos podem ser inibidos com o uso de antagonistas do receptor de aldosterona.

Soma-se a isto o estresse oxidativo decorrente da incapacidade das moléculas antioxidantes ou pela produção excessiva de espécies reativas de oxigênio que surgem secundariamente ao esforço cardíaco e estimulação neuro-hormonal. O estresse oxidativo modula a atividade de proteínas intracelulares e de vias de sinalização (canais iônicos e de cálcio), as quais então envolvidas com as atividades de contração-relaxamento do coração contribuindo para a dilatação progressiva do VE. (FIORELLI et al., 2008).

Para sobrepor a todos esses efeitos, os sistemas contra regulatórios são ativados e visam diminuir a captação de sódio e água nos rins para interromper o SRAA. Todavia, este sistema será atenuado com a progressão da IC, seja pela hipoperfusão tecidual ou pela diminuição dos receptores dos peptídeos natriuréticos cerebral tipo B. (MALDONADO; KAIKE, 2011).

Castro et al. (1999) sintetizam a fisiopatologia em dois momentos: 1. Alterações neuro-hormonais que causam vasoconstrição e recaptção de sódio e água, por ação do sistema nervoso simpático em que há liberação de norepinefrina, ativação do SRAA e liberação de arginina-vasopressina; e, 2. Alterações que causam vasodilatação em que estão os peptídeos Natriuréticos Cerebral tipo B, bradicininas e dopamina.

Nessas condições, o coração se torna enfraquecido devido ao baixo fluxo, ao aumento dos ventrículos e espessamento das paredes ventriculares devido a um ciclo de reações neuro-hormonais, que se tornam mal adaptativas com a progressão da IC. A essas modificações deu-se o nome de Remodelamento cardíaco, que se caracteriza por um conjunto de alterações morfológicas que modificam a espessura, o peso e forma do coração após injúria. (MALDONADO; KAIKE, 2011).

Segundo Jorge (2013), na IC com fração de ejeção normal, o remodelamento cardíaco é concêntrico com hipertrofia de VE, a capacidade de ejeção encontra-se preservada e a disfunção diastólica é mais exacerbada que a sistólica. Desta forma, na IC com fração de ejeção reduzida, a disfunção sistólica é predominante sobre a diastólica, o remodelamento cardíaco é excêntrico com dilatação de VE e a fração de ejeção do VE reduzida.

Estas alterações são utilizadas para diferenciar a IC quanto aos sinais e sintomas e terapêutica, visto que as respostas aos fármacos podem ser diferentes nestas duas formas distintas de IC. (MCMURRAY et al., 2012).

Outrossim, McClintok, Mose e Smith (2014) concluem que realizar ações de educação em saúde, explicando o processo evolutivo da doença, o papel dos medicamentos, da dieta e da atividade física no controle da IC reduzem as reinternações e podem favorecer a adesão à terapêutica. Compete à enfermeira, como membro da equipe multidisciplinar, compreender as alterações fisiopatológicas da IC com o objetivo de favorecer a incorporação de novos hábitos que promovam o bem-estar desses indivíduos.

3.1.2 Avaliação do portador de insuficiência cardíaca

O diagnóstico de IC é complexo, não podendo ser presumido de um único exame. Por isso, uma abordagem criteriosa da história de vida, procurando descobrir a etiologia da IC, bem como um exame físico voltado para a procura de sinais e sintomas é fator crucial para o diagnóstico correto e para o manejo adequado da terapia. Bocchi et al. (2009) complementam que a IC pode resultar de disfunções sistólicas, diastólicas ou ambas, com comprometimento ventricular único ou bilateral.

Por se tratar de uma síndrome crônica e de danos progressivos, cabe a enfermeira identificar a evolução em que se encontra o indivíduo, assim como correlacionar as alterações fisiopatológicas com os sintomas que apresentam e reconhecer a importância da Assistência de Enfermagem ao portador de IC.

Sendo assim, a classificação em quatro estágios, a saber estágio A, B, C e D, auxilia o processo de tomada de decisão e do raciocínio clínico dos quais a enfermeira precisa lançar mão no atendimento das Necessidades Humanas Básicas dessa parcela significativa da população.

Na abordagem inicial, estágio A, destinada àqueles indivíduos que apresentam risco para desenvolver a IC, ou seja, hipertensos, diabéticos, obesos, sedentários, etilistas, usuários de drogas ilícitas, indivíduos portadores de AIDS, submetidos a quimioterapia/ radioterapia e aqueles com doença coronariana. O objetivo é conscientizar para a adoção de hábitos de vida saudáveis (cessão do tabagismo e etilismo, alimentação equilibrada, atividade física), manutenção de terapia farmacológica otimizada. Por se tratar de um grupo de risco, não se evidenciam alterações funcionais e ou estruturais do coração. (BOCCHI et al., 2009; JORGE, 2013).

No estágio B, as disfunções cardíacas são evidenciadas por eletrocardiograma e/ou ecocardiograma. Porém, os indivíduos não apresentam sintomas clássicos de IC, portanto o foco é prevenir os sintomas de IC e reduzir a evolução do remodelamento cardíaco. (BOCCHI et al., 2009; YANCE et al., 2013).

A partir do terceiro estágio, as disfunções cardíacas provocam sinais e sintomas recorrentes. Medidas terapêuticas a serem abordadas nesta fase dizem respeito ao controle da sintomatologia, visando a melhoraria da qualidade de vida, promovendo a educação em saúde sobre o manejo da IC, prevenindo

hospitalizações e mortalidade, identificando as comorbidades associadas e melhorando a farmacoterapia. (BOCCHI et al., 2009; YANCE et al., 2013).

Quando o portador de IC mantém a sintomatologia mesmo em repouso e a IC é refratária ao tratamento, institui-se o quarto estágio (D). Os objetivos nesse estágio são reduzir as hospitalizações, controlar os sintomas, melhorar a qualidade de vida e estabelecer medidas de final de vida. Nos indivíduos com melhor *status* há indicação de transplante cardíaco. (YANCE, et al., 2013).

Observa-se, portanto, que ações educativas permeiam todas os estágios da IC, pois para atingir os objetivos propostos em cada um dos quatro estágios se faz necessário envolver o portador de IC no seu processo saúde-doença. Diante deste fato, a CE é um instrumento para melhorar a aderência terapêutica, ensinar sobre a IC e ações de autocuidado e, com isso, reduzir hospitalizações e melhorar a qualidade de vida. (BENTO; BROFMAN, 2008; CAVALCANTI; CORREIA; QUELUCI, 2009).

Considera-se importante destacar que uma avaliação inicial para o diagnóstico de IC, devem-se buscar os fatores predisponentes e possível etiologia da doença. Portanto, além do exame físico e anamnese aprofundados, um eletrocardiograma, exames laboratoriais, raio-x do tórax, ecocardiograma e a utilização de um sistema de pontos, como o de Boston ou classificar, conforme critérios maiores e menores de Framingham podem melhorar a acurácia do diagnóstico clínico. (BOCCHI et al., 2009).

Diante disso, os sinais e sintomas apresentados pelos indivíduos com disfunção da função de bomba cardíaca estão descritos nos QUADROS 1-CRITÉRIOS DE BOSTON. (BOCCHI et al., 2009).

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DE BOSTON

Critérios	Pontos
Categoria I História	
Dispneia em repouso	04
Ortopneia	04
Dispneia paroxística noturna	03
Dispneia ao caminhar no plano	02
Dispneia ao subir escadas	01
Categoria II Exame físico	
Frequência Cardíaca > 110 batimentos por minuto	02
Frequência Cardíaca entre 91 e 110 batimentos por minuto	01
Turgência de jugular > 6 cmH ₂ O associado a hepatomegalia e edema	03
Turgência de jugular > 6 cmH ₂ O	02
Crepitantes pulmonares difusos	02
Crepitantes pulmonares nas bases	01
Sibilos	03
Terceira bulha	03
Categoria III radiografia de tórax	
Edema pulmonar alveolar	04
Edema pulmonar intersticial	03
Derrame pleural bilateral	03
Índice cardiotorácico > 0,50	03
Redistribuição do fluxo para lobos superiores	02

FONTE: BOCCHI et al (2009).

Para aplicar os critérios de Framingham a portadores de IC é necessário que um dos critérios maiores ou dois critérios menores estejam presentes no momento da avaliação, conforme descrito no QUADRO 2- CRITÉRIOS DE FRAMINGHAM. Dentre os sinais específicos, citados por McMurray et al. (2012), estão: estase de veia jugular, refluxo hepatojugular, presença de 3 bulha (ritmo de galope), deslocamento do pulso apical, sopro cardíaco. Os menos específicos são edema periférico, crepitação pulmonar, derrame pleural, taquicardia, taquipnéia, ascite, hepatomegalia, caquexia. Estes autores também apontam como principais sintomas a dispneia, Ortopneia, dispneia paroxística noturna, intolerância ao exercício, fadiga, cansaço, edema de membros inferiores. Com a evolução da doença pode, ainda, se apresentar, perda do apetite, ganho de peso (> 2 kg/semana), tosse noturna, palpitação, síncope, depressão, confusão em indivíduos acima de 75 anos. (QUELUCCI, 2013; BOCCHI, 2009).

Para quantificar o avanço da doença, bem como a limitação imposta pela doença aos seus portadores, foram elaboradas algumas escalas. Dentre elas, a mais utilizada é a escala da New York Heart Association (NYHA), que faz uso de classes funcionais (CF) para classificar o impacto da doença nas atividades diárias.

A NYHA é, assim, dividida em 4 classes, conforme apresentado no QUADRO 3 - CLASSE FUNCIONAL DE NYHA.

QUADRO 2 – CRITÉRIOS DE FRAMINGHAM

Crítérios Maiores	Crítérios Menores
Dispneia paroxística noturna	Edema de membros inferiores
Distensão das veias jugulares	Tosse noturna
Estertores	Dispneia aos esforços
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Galope, terceira bulha	Taquicardia (FC >120bpm)
Pressão venosa aumentada (>16 cm H ₂ O)	Capacidade vital reduzida em ;3 do normal
Refluxo hepatojugular positivo	

FONTE: BOCCHI et al. (2009)

De acordo com Fiorelli et al., (2008) estudos clínicos randomizados comprovaram que, quanto maior a CF maior a mortalidade, podendo ser superior a 50% nas CF III e IV. Porém, esses autores e Bocchi et al. (2009) apontam que a utilização da escala NYHA pode apresentar sinais de subjetividade, uma vez que as limitações e as atividades diárias podem ser diferentes de uma pessoa para outra. Entretanto, é largamente utilizada na seleção de portadores de IC em pesquisas relacionadas ao manejo da doença.

QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL NYHA

CLASSE FUNCIONAL	SINAIS E SINTOMAS
I	Ausência de fadiga, dispneia ou palpitações durante atividades diárias.
II	Presença discretas de fadiga, dispneia u palpitação na realização de atividades diárias. Melhora ao repouso
III	Presença dos sintomas citados acima aos menores esforços.
IV	Presença de sintomas mesmo em repouso. Incapacidade de realizar as atividades diárias.

FONTE: BOCCHI et al. (2009).

Conforme descrito por Jonshon (2014), o diagnóstico e o tratamento da IC estão intimamente relacionados com uma avaliação inicial centrada na pessoa com

identificação das comorbidades associadas. Conclui ainda que a categorização da etiologia deve direcionar a terapêutica e a seleção de novas terapias.

3.1.3 Medidas terapêuticas

Por ser uma patologia crônica sem prognóstico de cura, as medidas terapêuticas para a IC correspondem a estratégias que visam proporcionar uma melhora dos sintomas minimizando a sua progressão, contribuindo para uma melhor qualidade de vida de seus portadores. Essas medidas são divididas em medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A terapia medicamentosa inclui classes farmacológicas que interrompam de alguma forma a fisiopatologia da IC, ou seja, interrompem o sistema renina-angiotensina-aldosterona e o sistema adrenérgico para controle dos sinais e sintomas. Tanto a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca quanto a Norte-Americana esquematizam a terapia medicamentosa de acordo com a CF proposta pela NYHA. (BOCCHI et al., 2012; YANCE et al., 2013). Entretanto, a Diretriz Europeia para o tratamento da IC proposta por Mc Murray et al. (2013) categoriza o tratamento medicamentoso de acordo com IC, considerando a fração de ejeção, que é criticado por Bocchi et al. (2012) como sendo pouco valorizado entre os pesquisadores devido às baixas evidências científicas.

Para McMurray et al. (2013) o manejo adequado da IC permitirá reduzir as taxas de internação e mortalidade, melhorar a qualidade de vida e a sobrevida de seus portadores.

O tratamento medicamentoso para IC assintomática associado à disfunção ventricular (CF I), baseada nas últimas evidências, contempla o uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina), betabloqueadores, antagonista dos receptores de angiotensina I, para aqueles que apresentam intolerância à primeira classe medicamentosa citada. Devem ser avaliados os riscos para morte súbita e a necessidade de implante de dispositivos cardioversores. Considerando a IC sintomática (CF II, III e IV) além dos citados acima, são evidentemente efetivos o uso de antagonistas da aldosterona (CF III-IV), diuréticos (na presença de sinais e sintomas de congestão), hidralazina, nitratos (para afrodescendentes ou na

contraindicação de IECA/BRA³), digitálicos e anticoagulantes/antiagregantes plaquetários (se houver identificação de fibrilação atrial), ômega 3, além disso, neste caso, também devem ser avaliados o risco de morte súbita e a necessidade de implante de cardioversores. (BOCCHI et al., 2012).

Neste sentido, Feitell, Hankins e Einsen (2014) destacam a importância de envolver o portador de IC no controle da doença e alcance de melhor qualidade de vida. Portanto, ao se atingir as metas terapêuticas, o objetivo da equipe multiprofissional deve ser de responsabilizar o portador de IC com seu estado de saúde, transmitindo o conhecimento de maneira clara e precisa para que o autocuidado seja efetivo. Afinal, é preciso que o portador reconheça os sinais de descompensação, a ação dos fármacos que utiliza e saiba procurar assistência o quanto antes, reduzindo as taxas de readmissões hospitalares.

O estímulo aos hábitos saudáveis de vida, assim como ao autocuidado é consenso entre os especialistas. Na IC, é importante ressaltar o controle do peso, da ingestão de sódio e água, orientar vacinação e estimular a atividade física para a estabilidade clínica.

Um estudo recente aponta que, dentre as estratégias comprovadamente eficazes para reduzir as taxas de readmissão hospitalar dos portadores de IC, os ambulatorios multiprofissionais devem promover a educação em saúde: informar sobre o percurso da doença, os medicamentos preconizados, a dieta, a atividade física, bem como ensinar no reconhecimento de sinais e sintomas de piora da IC, deve ser o foco destes serviços. Entretanto, conforme afirmam as autoras, esse processo educativo deve começar precocemente, de preferência durante o internamento, e ser realizado com frequência por meio de acompanhamento regular. (MCCLINTOCK; MOSE; SMITH, 2014).

Um Estudo clínico randomizado, realizado por MUSSI, et al. (2013) selecionou 200 portadores de IC que foram acompanhados em visita domiciliar por enfermeiras durante um período de 6 meses após alta hospitalar por descompensação da doença e evidenciou-se melhora significativa do conhecimento

³ IECA- Inibidores de enzimas conversoras de angiotensinas; BRA- antagonistas dos receptores de angiotensina I

da IC, nas habilidades de autocuidado e na adesão ao tratamento, após a implementação de ações de educação em saúde.

Neste sentido, Bocchi et al. (2012) apontam que programas de manejo da IC melhoram a adesão, a qualidade de vida e o autoconhecimento, além de diminuir o número de dias internados e reduzir taxas de hospitalizações. Já a diretriz brasileira reconhece que as ações realizadas por enfermeiras produzem esses benefícios aos portadores de IC, sendo classe de recomendação I e nível de evidência A para o seguimento em clínicas especializadas com atendimento multiprofissional.

Corroboram com esses achados os estudos produzidos por Feijó, Biolo e Rabelo-Silva (2013) sobre a aplicabilidade de um instrumento de controle de sobrecarga hídrica de portadores de IC. Nesse estudo, ficou evidenciado que o reforço de orientações sistemáticas sobre o autocuidado e a utilização do algoritmo contribuiu para a estabilidade clínica da população estudada. Cavalcanti, Correia e Queluci (2009) concluem que a CE permite uma visão holística sobre as necessidades dos portadores de IC, sendo uma alternativa não farmacológica para melhorar a qualidade de vida.

Os estudos supracitados reforçam a importância da CE e o impacto positivo na aquisição de maior conhecimento sobre a doença ao estimular o autocuidado, proporcionar melhor qualidade de vida, reduzir taxas de admissões hospitalares por quadros de descompensação e consequente minimização de gastos com eventos preveníveis.

3.2 O CUIDADO

O cuidado é uma ação permeada de valores e de sentimentos. Compreende uma forma de ser, de expressar-se com o outro e com o mundo. Conforme descrito por Waldow (2008), a existência do cuidado tem duas origens: a necessidade de sobrevivência e a expressão de amor e carinho. O cuidado é intrínseco ao ser humano, sua habilidade de cuidar e ser cuidado pode ser aprimorado de acordo com suas necessidades.

Os seres humanos buscam constantemente a felicidade, o prazer, o bem-estar. Esta procura se inicia no nascimento, se perpetua durante toda a vida e se manifesta no autocuidado e no cuidar do outro. É por meio do cuidado que

atendemos as necessidades humanas mais essenciais, garantindo a perpetuação da espécie. (ÁLVAREZ; GARCIA, 2011).

Desta forma, para compreender a essência do cuidado é imprescindível resgatar a origem da palavra que vem do latim “*cuera*” ou “*cura*”, que estava relacionada às relações de amizade significando, em sua essência: zelo, cuidado para com o outro. Também definido como “*cogitari-cogitatus*”, em que, novamente, a expressão revela uma relação afetiva entre os seres pois sua tradução é pensar no outro, desvelo e preocupação pelo outro. (BOFF, 2005).

Oguisso, Campos e Moreira (2011), comentam que na trajetória evolutiva das relações, o cuidado materno/feminino é a primeira manifestação para se cuidar do ser humano. As práticas eram voltadas ao cuidado com o corpo e foram apreendidas da observação do homem sobre as condutas que os animais adotavam para o cuidar de sua cria. Portanto, as ações visavam atender as necessidades essenciais da vida e se estenderam ao auxiliar o incapaz (idosos, doentes) a cuidarem de si.

Por isso, enquanto o homem era o provedor do lar, levando em conta sua habilidade e força física, ele buscava o sustento do grupo; já a mulher cuidava das crianças, das mulheres mais novas e grávidas e dos anciões. (SALDAÑA, 2006).

Historicamente, o cuidado está relacionado à necessidade de sobrevivência e perpetuação da espécie humana. Ainda que instintivamente, a partir da imitação de ações de cuidar de outros animais com suas crias, o ser humano se imbuíu de sensibilidade e demonstração de afeto e “humanizou” o cuidado.

Com isso, o cuidado passou a ser permeado de sentimentos, de valores e crenças. Fato observado pela busca de cura nos templos Gregos, no período pré-cristão, por aqueles que estavam doentes e abatidos. Com o advento do cristianismo, cuidar dos menos favorecidos adquire um significado religioso: atender as necessidades humanas era algo compreendido como um compromisso cristão diante das ideias difundidas de amor e respeito ao próximo. (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

A partir da revolução industrial, o cuidado se configurou como profissão. A busca pela mão de obra proporcionou que as mulheres saíssem de casa e conquistassem esse campo de atuação. Seguindo a lógica da mecanização, o cuidado deixou de ser concebido como inerente ao ser humano e passou a ser racionalizado e voltado ao curativismo, focando-se menos no ser humano e mais na

especialização em doenças. Assim, o cuidado passou a ser institucionalizado, desenvolvido por profissionais das áreas de saúde dentro de ambientes hospitalares. (VAGUETTI et al., 2007).

Merhy e Feuerwerker (2009) apontam que até o século XIX, período pré-medicalização da saúde, haviam diferentes cuidadores e formas de cuidar para atender as necessidades de saúde apresentadas pela sociedade. Tais necessidades estavam baseadas na construção histórico-social e cultural daquela sociedade tanto quanto as definições de saúde, doença e cuidados. Todavia, a partir do advento da clínica médica, o olhar voltou-se para a doença, para o patológico, e o ser humano passou a ser objeto de estudo. E todos os demais campos de saberes e outras práticas do cuidado foram desvalorizadas, uma vez que não eram tidas como nascidas do conhecimento científico. Para esses autores, a saúde, enquanto campo de atuação da medicina, teve seu conceito redefinido e as ações de cuidado foram reorientadas por estes. Por isto, esses autores apontam que “a busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação profissional seja centrada no procedimento e esvaziado do interesse no outro, com escuta empobrecida...”. (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 26).

Soares e Zeitoune (2015) discordam desses autores ao relatar que a enfermagem nasceu sob a perspectiva de cuidar do indivíduo. Ou seja, o objeto das ações de cuidado da Enfermagem, enquanto profissão e ciência é o ser humano na sua totalidade, pois entende-se que não é possível analisar os fenômenos que regem à vida do indivíduo se este não for compreendido como um ser humano subjetivo e multidimensional.

Igualmente, Piccoli et al. (2015) descrevem que o cuidado de Enfermagem não se resume ao fazer, mas o que lhe torna único é a capacidade que a enfermeira tem de estabelecer vínculos terapêuticos com o indivíduo e interpretá-lo como um todo no processo saúde-doença.

3.2.1 Cuidado de enfermagem

As ações de cuidar já eram desempenhadas antes da Enfermagem se consolidar como ciência e profissão. Entretanto, o cuidado fundamentado no pensamento crítico e científico, nasce com as observações e ações de Florence Nightingale que elaborou a teoria ambientalista durante a guerra da Crimeia no

século XIX ao pensar sobre as condições de higiene e organização do ambiente com a saúde. (WALDOW, 2008).

Desta forma, o “cuidar”, em enfermagem, é compreendido por Waldow (2008) como uma série de ações estruturadas em habilidades e competências com o objetivo de desenvolver as potencialidades do ser humano na manutenção de suas condições de vida.

Horta (2011, p. 2) corrobora enunciando que o Ser-enfermeira é um ser humano dotado de conhecimento técnico-científico, com todas as suas dimensões humanas dispostas no compromisso de “cuidar de gente”. Portanto, para se constituir cuidado de enfermagem é necessário “o cuidar do outro”, com o objetivo de atender as necessidades básicas do ser humano, capacitando-o a cuidar de si e ser protagonista do seu processo saúde-doença.

Portanto, vale ressaltar que o cuidado em enfermagem transpassa a mera realização de técnicas e procedimentos: é um encontro. E seu valor reside no fato de ser uma relação fraterna e solidaria com o ser-cuidado, adoecido. Relação esta que é centrada no respeito às diferenças e na busca do bem-estar comum. Sendo assim, “o ser antecede a patologia e se torna ativo no enfrentamento de seus problemas...”. (SCHOELLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011, p. 95).

Portando, se passamos a deixar de pensar no outro enquanto humano para focar nele enquanto um objeto de estudo sobre as doenças, vivenciamos a necessidade de retomar as relações de cuidado, estimular o envolvimento do ser-cuidado com o ser-cuidador e por isso buscamos, através de políticas públicas, (re) humanizar o cuidado; o cuidado focado no indivíduo com envolvimento da família e sua rede de apoio. (BRASIL. MS, 2004).

Para Merhy e Feuerwerker (2009), o avanço científico desqualificou o cuidado dos profissionais de saúde. Há uma supervalorização das tecnológicas pesadas e um abandono nas relações de confiança e proximidade com o ser cuidado. Associa-se este fato à dificuldade em co-responsabilizar o indivíduo no seu processo de saúde-doença. Uma vez que procura atender as demandas da produtividade e não busca conhecer a realidade e os mecanismos dos quais dispõe o ser humano na incorporação de novas práticas de saúde. Este apontamento pode ser evidenciado na progressão das doenças crônicas, na falta de adesão aos regimes terapêuticos, no aumento de consultas especializadas nas redes de atenção.

Sendo assim, o cuidado ao ser humano portador das doenças crônicas, bem como a atuação da enfermeira, estão relacionados à identificação e atendimento das necessidades humanas, respeitando suas crenças e sua cultura, transmitindo conhecimento sobre a doença, permitindo seu autocontrole, criando vínculos que contribuam com a expressão dos sentimentos e sofrimentos atrelados à sua condição. Os conhecimentos técnico-científicos só podem se fazer valer se vinculados ao ouvir, a um modo de estar atento e sensível ao ser-cuidado.

3.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Ao traçar o perfil histórico do Processo de Enfermagem (PE), resgata-se o nascimento da enfermagem enquanto profissão e ciência, no século XIX, a partir da atuação de Florence Nightingale e suas observações sobre o ambiente e sua relação com o processo saúde-doença de soldados hospitalizados. Com base em seus achados, Florence conseguiu reduzir consideravelmente a mortalidade entre os doentes com ações de limpeza e organização do ambiente, por isso é considerada uma precursora da enfermagem, da epidemiologia e da utilização de um método sistematizados de solução de problemas. (COSTA et al., 2009; FRELLO; CARRARO, 2013).

A partir de então, na década de 1920, as etapas do PE, ainda que de modo muito insipiente, eram aplicadas como método de ensino para descrever os cuidados de enfermagem ao doente. Nas décadas seguintes, houve a preocupação de ampliar o corpo de conhecimento próprio da enfermagem. Contribuíram para este processo as mudanças socioculturais, econômicas e políticas que ocorriam nos anos de 1940-50, as quais impulsionaram os estudos realizados por enfermeiras norte-americanas a fim de consolidar o conhecimento que valorizasse o perfil holístico e integral do cuidado de enfermagem recebendo, inclusive, financiamento daquele governo. (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Para a implementação do PE, é necessário que este esteja fundamentado em uma teoria de Enfermagem. Estas são entendidas como um conjunto de afirmações que explicam os fenômenos que envolvem uma determinada disciplina assim como buscam responder aos paradigmas que a envolve. (TRENINI; PAIM, 2004).

Assim, a partir da metade do século XX, tem-se a postulação de várias Teorias de Enfermagem e a evolução do PE quanto à sua estrutura e importância para a profissão, haja vista que procurou-se abandonar o empirismo, o cuidado focado na doença para compreender o ser humano em todas as suas dimensões. (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Bouso, Poles e Cruz (2014, p. 148) ponderam que: "... a inter-relação entre a teoria, a pesquisa e a prática clínica é necessária para a continuidade do desenvolvimento da Enfermagem como profissão e como ciência". Uma vez que a prática se ancora na teoria e esta é validada pela pesquisa.

Destaca-se que o PE já era desenvolvido na Europa e nos EUA na década de 1970. Contudo, chegou ao Brasil pela iniciativa da paraense Wanda de Aguiar Horta que em 1979 lançou o livro "Processo de Enfermagem", cujo conteúdo abordava a teoria das Necessidades Humanas Básicas. A aplicação do PE incluiu a Enfermagem brasileira nessa nova etapa para a construção do conhecimento da Ciência do cuidado. (SANTOS, 2014).

Portanto, o PE é uma metodologia científica para organizar a assistência de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade. Sua aplicação permite a conquista da autonomia, visibilidade e credibilidade do profissional por ser possível empregar os conhecimentos técnicos, científicos e humanos inerentes à enfermagem; confere maior segurança aos pacientes, melhora a qualidade da assistência e os indicadores de saúde por reduzir custos e riscos e maximizar os recursos. (BRASIL. COFEN, 2009; TANNURE; PINHEIRO, 2011).

No que concerne aos preceitos legais, o PE foi evidenciado pela primeira vez na lei do exercício profissional de 1986, como atividade privativa da enfermeira. (BRASIL, 1997). Kletemberg et al. (2010) associam a promulgação da lei aos esforços dos conselhos de classe, da associação das enfermeiras e das escolas de enfermagem em aproximar a enfermagem brasileira do contexto mundial, com a aplicação de métodos científicos para suas ações.

A primeira resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) sobre o tema considera a CE como um processo da prática assistencial que converge para os princípios do SUS de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações. Sem contar, ainda, a sua importância para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Em 2002, o termo Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se confundem ao termo PE e CE, descrita em 6 passos,

tornando obrigatório o registro no prontuário do paciente e sua implementação em todas as instituições de saúde. Atribuiu-se, privativamente, à enfermeira, a implantação, planejamento, execução e avaliação do PE. (BRASIL. COFEN, 2002).

Com o aumento na produção científica e das discussões entre os enfermeiras sobre a SAE, a Resolução nº 358 de 15 de Junho de 2009 apresentou um conteúdo mais encorpado, ressaltou os ganhos para a profissão e para a sociedade. Diferenciou a SAE de PE, sendo este último uma parte do primeiro e relacionado à prática assistencial da enfermeira, ao entender que os conceitos teóricos construídos norteariam as etapas do PE, sinalizaram a sua aplicação em cinco etapas. Assim como, inclui o nível médio, respeitando as atribuições de cada um na implementação do PE. Deixa claro também, o uso do termo CE em serviços de enfermagem extra-hospitalar e a sua obrigatoriedade em todo ambiente em que ocorre o cuidado de enfermagem. (BRASIL. COFEN, 2009).

Entretanto, pesquisas apontam que a sua aplicabilidade é baixa nos serviços de saúde brasileiros. Ainda que haja um intervalo de 10 anos entre os dois estudos, infere-se que a Enfermagem brasileira ainda está em processo de incorporação de uma prática amparada no conhecimento científico reconhecida internacionalmente por sua efetividade e ganhos para a profissão. (KLETEMBERG, 2004; SANTOS, 2014). Contudo, os avanços neste campo são promissores.

O esforço da comunidade científica na promoção da Enfermagem converge para a padronização dos termos utilizados na definição dos diagnósticos, na implantação das intervenções e nos resultados que o cuidado de Enfermagem alcança ou pretende alcançar diante das respostas humanas frente ao processo saúde-doença.

Com isso, se estabelece os sistemas de classificação que visam facilitar a comunicação entre enfermeiras e entre outros profissionais favorecer a avaliação da assistência, facilitar o ensino de habilidades e de raciocínio clínico. Dentre esses sistemas, destacam-se a classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da *North Nursing Diagnosis Association-Internacional (NANDA-I)*; a classificação das Intervenções de Enfermagem, *Nursing Interventions Classifications (NIC)* e a Classificação de Resultados de Enfermagem - *Nursing Outcomes Classifications (NOC)*. Tais classificações, quando utilizadas em conjunto, propiciam a sustentação científica para a Assistência de Enfermagem. (MOORHEAD; DOCHTERMANN, 2013).

As classificações de NANDA-I, NIC e NOC estão continuamente sendo atualizadas, o que confere maior credibilidade em sua adoção na prática da Enfermagem.

Não obstante, esses sistemas de classificação não contemplam a totalidade do PE. Para que o julgamento clínico sobre as respostas humanas ou sobre as NHB seja determinado, é preciso que a coleta de dados esteja bem estruturada. Para tanto, não apenas um instrumento de coleta de dados se faz necessário, mas habilidades como ouvir, observar, comunicar-se eficientemente e atitudes relacionadas à empatia, ao acolhimento e à iniciativa, são requeridos dos profissionais na implementação do PE. (FURTADO; NÓBREGA, 2013).

Diante disso, as etapas que compreendem o PE são: a coleta de dados, os diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação das ações e avaliação da resposta do indivíduo frente às ações de enfermagem. (BRASIL. COFEN, 2009)

Apesar disso, o estudo realizado por Viera et al. (2011) evidenciou que grande parte dos estudos publicados sobre o PE no Brasil, apresentam um desmembramento de suas etapas. Sendo que as etapas de coleta de dados e DE são as mais recorrentes.

Quando relacionado ao paciente portador de doença crônica, mais especificamente o portador de IC, os estudos contemplam na sua maioria os DE, sendo a taxonomia NOC pouco usada nos estudos. O que compromete a visualização dos resultados esperados pelas enfermeiras que estão na prática assistencial. (LINHARES et al, 2016).

Diante disso, espera-se que a implementação da CE, abrangendo todas as suas etapas, permita uma melhora na qualidade da assistência, haja vista que permite elaborar um plano individualizado de cuidados.

Portanto, a CE permite identificar e compreender as respostas dos portadores aos problemas de saúde facilita a escolha de intervenção adequada para melhorar a qualidade de vida, orienta melhores práticas de autocuidado e controle de sinais e sintomas do IC e reduz taxas de internação e melhor adesão.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que a pesquisa tenha sustentação para discutir os achados na análise e interpretação dos dados é importante que esteja ancorada em uma teoria ou em um modelo teórico. Segundo Trentini e Paim (2004), uma teoria é um conjunto de conceitos que apresentam intima relação entre si.

Este estudo tem como referencial teórico as Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta (1979). A escolha desse referencial se deve ao fato de ele ter sido selecionado, inicialmente, como metodologia da assistência no hospital onde foi desenvolvida a presente pesquisa. Além disso, é uma teoria amplamente utilizada nos meios acadêmicos, sendo mais aceita e conhecida pelas enfermeiras na prática assistencial. (VIEIRA et al, 2011).

O embasamento teórico é necessário para explicar ou interpretar um fenômeno. E tem como função esclarecer melhor o objeto da pesquisa, fornece elementos para os questionamentos e o estabelecimento de hipóteses, organiza os dados com maior clareza e guia a análise dos dados. (MINAYO, 2008).

4.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A NHB foi elaborada em 1979, a partir dos estudos de prof.^a Dr.^a Wanda de Aguiar Horta. Buscava-se explicar a natureza da enfermagem enquanto ciência, havia uma necessidade de definir o campo de ação desta profissão e desenvolvê-la a partir de uma metodologia científica. (HORTA, 2011).

A autora se baseou em leis gerais que regem os fenômenos universais. Dentre elas, a lei do equilíbrio ou homeostase, da adaptação, do holismo. Associou seus pressupostos à teoria da motivação humana de Maslow. (HORTA, 2011).

A lei do equilíbrio estabelece uma relação dinâmica entre os seres e o universo. Considera que todos os seres interagem entre si, buscando formas de se ajustar para manter equilíbrio constante (lei da adaptação). Por isso, a lei do holismo defende que o universo é um todo indivisível, assim como o homem, e, portanto, não pode ser compreendido isoladamente ou pela divisão de suas partes. (HORTA, 2011).

Para nortear sua teoria, Horta delimita os quatro metaparadigmas da enfermagem, a saber: 1. a enfermagem, 2. o ser humano, 3. o ambiente/sociedade e 4. a saúde.

Horta define a **enfermagem** como ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas e torná-lo independente desse cuidado quando possível, pelo ensino do autocuidado. Preocupa-se em manter estados de equilíbrio (saúde) assim como prevenir e reverter desequilíbrios (doenças). Enquanto membra da equipe de saúde, a enfermagem está comprometida em recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Deste modo, assistir em enfermagem compreende atender as necessidades humanas básicas com o objetivo de Fazer, Ajudar, Orientar, Supervisionar, Encaminhar (FAOSE) o ser humano na melhora de seu bem estar. (HORTA, 2011).

Segundo Horta, o **ser humano** (indivíduo, família, comunidade) é parte integrante do universo, portanto está sujeito às leis que o regem no tempo e no espaço. De modo que ele está constantemente doando e recebendo energia, e por isso sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Por ser o único ser vivo com capacidade de reflexão, imaginação e simbolização, fato que o difere dos demais seres vivos, possui características como autenticidade, unicidade e individualidade. O homem é um ser complexo e indivisível, ou seja, não pode ser compreendido separando-o em partes, mas se faz necessário entender sua interação com o meio, consigo mesmo e com o processo saúde-doença.

Por **saúde** entende-se um estado de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. De tal forma, o **ambiente** é o meio onde as relações entre o ser humano e o universo acontecem. (HORTA, 2011).

Horta (2011) descreve as necessidades como estados tensionais, que podem estar em um nível consciente ou inconsciente, que surgem pelos desequilíbrios dos fenômenos vitais. Diante desses estados, o ser humano procura solucioná-los para manter o seu equilíbrio dinâmico. Aquelas necessidades que não forem atendidas trazem desconforto e podem desencadear doenças. As NHB são apontadas como comum a todos os seres humanos, porém experimentadas de maneira diferente por cada ser (indivíduo ou coletivo). A teoria das NHB compreende que todas as necessidades estão interligadas e sofre influência uma sobre a outra, em maior ou menor grau, quando em desequilíbrio.

As necessidades humanas básicas são organizadas em 5 níveis, segundo a teoria da motivação humana de Maslow: as fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização. Sendo que, a busca por satisfação ocorrerá quando o nível anterior estiver minimamente provido. Embora Horta tenha utilizado a teoria da motivação humana para a construção da teoria das NHB, adotou as classificações de João Mohana que estão distribuídas em psicobiológicas, psicossociais e psíquicoespirituais. Sendo essa última uma característica exclusiva dos seres humanos. (HORTA, 2011).

No QUADRO 4 estão descritas as necessidades humanas básicas, conforme a denominação adotada por Horta (2011).

QUADRO 4 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Necessidade Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades psíquicoespirituais
Oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo, mecânica corporal motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular), locomoção, percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa), ambiente e terapêutica.	Segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação e lazer.	Religioso ou teológica, ética e filosofia de vida.

FONTE: HORTA (2011).

Por ser a Enfermagem um serviço que atende o ser humano em suas necessidades básicas, a ponto de fazer pelo indivíduo o que ele não pode fazer por si só, ajudá-lo quando parcialmente impossibilitado, orientá-lo, supervisioná-lo e encaminhá-lo para outros profissionais, Horta (2011) pondera que tal atendimento deve ser organizado e sistematizado. Ao processo de sistematizar as ações de enfermagem, baseado no pensamento crítico, científico e humanizado, deu-se o nome de **processo de enfermagem**.

Neste caso, o PE compreende 6 etapas inter-relacionadas, dinâmicas e não lineares que serão empregadas para prestar assistência ao ser humano. Os

conceitos da NHB adotados neste projeto são descritos abaixo. Dentre eles, os *metaparadigmas*, a *consulta de enfermagem* (*processo de enfermagem*), *portadores de IC*, *ambulatório de IC*, *boas práticas*. Segundo Trentini e Paim (2004) as definições destes conceitos trarão subsídios para interpretação e análise dos dados.

Os *metaparadigmas* de enfermagem são um conjunto de crenças que representam uma determinada visão sobre enfermagem, saúde, ser humano e ambiente. Neste sentido serão incorporados os metaparadigmas propostos por Wanda de Aguiar Horta descritos anteriormente. Os demais conceitos adotados são:

1. Consulta de enfermagem: compreendida como um método científico para organizar e orientar a assistência de enfermagem. Construída em cinco etapas inter-relacionadas com o objetivo de atender as necessidades básicas dos portadores de IC;

2. Portadores de IC: indivíduos cuja estrutura e/ou função do coração está/estão comprometido(s), causando uma série de sinais e sintomas e culminando em piora da qualidade de vida, uma vez que pelo caráter crônico e progressivo da doença, estes indivíduos passam a ter suas necessidades humanas básicas comprometidas.

3. Ambulatório de IC: é o ambiente em que a relação entre enfermeira e portador de IC serão estreitadas com o objetivo de melhorar a adesão à terapia farmacológica e não farmacológica. O acompanhamento do portador de IC será através do ambulatório.

4. Boas práticas: relaciona-se com as ações de assistir o ser humano, buscando a manutenção e restabelecimento das necessidades humanas afetadas. Com o compromisso de atender às normativas éticas, legais e técnicas da profissão, baseadas nas evidências científicas atuais.

Conforme aportado por VIEIRA et al. (2011), a utilização da teoria das necessidades humanas básicas é de fundamental importância para a Enfermagem brasileira. Confere à profissão o *status* de ciência ao aplicar um modelo claro e objetivo que sistematiza dados que emergem da relação entre enfermeira-pacientes.

Além disso, deixa em evidência o esforço da teórica brasileira para que a profissão fosse respeitada como autônoma no cuidado que realiza, ao enxergar o indivíduo como um ser multidimensional, dotado de valores e crenças que podem inferir no processo saúde-doença, cabendo às enfermeiras compreender os dados

que estão em suas mãos e atuar de forma assertiva na implementação do processo de enfermagem para melhoria da qualidade da assistência.

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para delineamento da pesquisa adotou-se o método da pesquisa convergente assistencial (PCA) devido à inserção da pesquisadora como enfermeira assistencial no cenário da pesquisa.

A PCA é um método de pesquisa desenvolvido na década de 1990, na Universidade Federal de Santa Catarina, a partir da orientação de projetos de mestrado em enfermagem que procuravam articular a pesquisa com a prática assistencial. (TRENTINI; PAIM, 2004). Para Trentini, Paim e Silva (2014, p. 5) destaca-se dos demais métodos por “fazer convergência de ações de pesquisa com ações de assistência em saúde”.

Destarte, a busca por uma assistência qualificada à saúde se inicia quando problemas advindos da prática assistencial suscitam mudanças no cotidiano daqueles que os vivenciam, promovendo a construção coletiva de um corpo de conhecimento teórico capaz de transformar a realidade estudada. Para isso, é necessário que o pesquisador realize ações de investigação científica e também ações assistenciais. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Assim sendo, para adotá-la como método é imprescindível que os quatro conceitos que envolvem a PCA estejam contemplados no delineamento da pesquisa, conforme citam Trentini, Paim e Silva (2014) e expostas a seguir:

- **Dialogicidade**: o diálogo é o instrumento motivador para a implementação de mudanças, pois promove a construção de conhecimento pela troca de ideias a respeito do problema e de sua resolução na prática assistencial. Portanto, é fundamental o estreitamento do diálogo entre o pesquisador e os participantes;
- **Expansibilidade**: é possível que novos problemas se entrelacem ao problema investigado, haja vista que os cenários sociais e de enfermagem são campos férteis para a pesquisa.
- **Imersibilidade**: o pesquisador assume o compromisso de assistir durante o processo de investigar, de tal forma que utiliza a própria vivência diante da realidade para coletar os dados. Todavia, mistura-se com os participantes fazendo parte da equipe assistencial sem desfocar-se da atividade investigativa.

- **Simultaneidade**: se caracteriza pela convergência entre investigação e assistência, embora seja complexa a relação entre estas duas fases, se torna indispensável que ocorram simultaneamente.

Portanto, a PCA propõe a convergência de ações de assistência e da pesquisa científica por meio do estreitamento do diálogo entre pesquisador e participantes, preocupando-se em construir conhecimento teórico que aproxime saber-fazer ao saber-pensar para realizar mudanças e/ou inovações aos processos assistenciais. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O método foi estruturado em quatro fases, são elas: concepção, instrumentação, perscrutação, análise. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

5.1 FASE DE CONCEPÇÃO

A primeira fase compreende a definição da situação-problema do cotidiano da enfermeira que necessite ser repensada, por isso, é uma fase de reflexão sobre a temática, cujo objetivo é melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Neste sentido, a vivência como preceptora da enfermagem na residência multiprofissional da área cardiovascular desperta, continuamente, a necessidade de aprofundar e atualizar o conhecimento sobre as DCV e assistência de enfermagem.

Uma vez que a maior parte das patologias cardíacas culminam em alterações estruturais e funcionais do coração, nota-se que em algum momento da vida os pacientes cardiopatas desenvolverão a IC.

No entanto, ao assistir o portador de IC na unidade de terapia intensiva cardiológica, percebi que as internações por descompensação da doença são recorrentes, geralmente com piora do *status* funcional, além de que o tempo de permanência ali costuma ser longo para esses indivíduos. Observa-se ainda, que muitas das vezes, o portador não conseguiu identificar previamente os sinais de descompensação e que em alguns casos, pouco conhece sobre a doença e seu prognóstico.

As primeiras discussões sobre o ambulatório de IC se iniciaram em 2013, e envolveram os residentes do programa multiprofissional da área cardiovascular, o qual inclui enfermagem, nutrição, psicologia e farmácia. O ambulatório de IC se constituía como campo de prática clínica para esses residentes. No entanto, a

consulta de enfermagem não era sistematizada com base no que está disposto na resolução nº 358 do COFEN (BRASIL. COFEN, 2009) e não estava amparada em uma teoria ou modelo conceitual.

A partir desse ponto, houve o levantamento da situação-problema: a ausência da consulta de enfermagem para portadores de IC em seguimento ambulatorial. Buscou-se resgatar junto aos residentes de enfermagem a importância da consulta de enfermagem como um caminho viável para promover, recuperar e manter o bem-estar dos portadores de IC, contribuindo para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos e para aumentar a visibilidade profissional.

Assim, foram definidas na fase de concepção da pesquisa: a situação-problema, a revisão de literatura, os referenciais teóricos e metodológicos que estão descritos nos capítulos 1, 2, 3 e 4 desta dissertação.

5.2 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

Nesta fase, os procedimentos metodológicos são traçados, isso inclui a determinação do local de pesquisa/assistência, escolha dos participantes da pesquisa e das técnicas que subsidiarão a análise e interpretação dos dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

5.2.1 Cenário da pesquisa

Conforme cita Trentini e Paim (2004), o local de pesquisa é aquele em que as relações sociais relativas à pesquisa ocorrem, as ações de pesquisa e assistência modificam o cenário e vice-versa. Sendo assim, delineamos como cenário de pesquisa o ambulatório de IC no hospital do estudo.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - HC/UFPR é um hospital de Ensino, localizado na cidade de Curitiba, construído em 1961 para atender a necessidade de campo para a prática do curso de medicina e de um hospital geral que atendesse a população paranaense. Posteriormente, outros cursos relacionados às Ciências da Saúde e afins o adotaram como campo de estágio para as atividades práticas. Por esse motivo, recebe o título de terceiro maior hospital universitário do país. Considerado o maior prestador de serviços do SUS no Paraná, com 100% dos seus leitos voltados ao atendimento da rede pública.

Por ser um hospital de grande porte, atua em nível terciário de atenção à saúde, possui aparato tecnológico, instrumental e profissionais capacitados para realizar atendimentos complexos e consultas especializadas. (UFPR. HC, 2014).

Seguindo a tendência dos hospitais universitários, seu modelo gerencial está organizado em linhas de cuidado por meio das quais os serviços são agrupados conforme a sua especificidade, a fim de garantir a integralidade das ações conforme a necessidade do usuário. Atualmente, a gestão é compartilhada com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que assume a função de gerenciamento em parceria com a UFPR. O objetivo é reduzir custos para o governo na manutenção e na conservação da estrutura na qual o HC-UFPR está inserido (UFPR. HC, 2015). O organograma do HC está exposto no Anexo 3.

A unidade de gestão ambulatorial está inserida no setor de regulação e avaliação em saúde. As mais de 59 especialidades estão distribuídas no Serviço Médico Ambulatorial (SAM), que compreende a estrutura física dos consultórios e de uma área administrativa que é utilizada para recepcionar os usuários e direcionar o fluxo de atendimento dos profissionais (liberação de prontuário, retornos e registro de solicitação de exames). Atualmente estão ativos 30 SAMs, entre os quais se incluem 211 ambulatórios. Estima-se que sejam realizadas 30 mil consultas por dia. (UFPR. HC, 2015).

Dentre tais ambulatórios, o foco desta pesquisa incide sobre o de número 96, localizado no 1º andar do anexo B no SAM 5, está compreendido dentro da especialidade da cirurgia cardiovascular pois, inicialmente, foi criado para atender os portadores de IC com indicação de transplante. Quando o referido hospital se descredenciou para a realização deste procedimento, os pacientes mantiveram o acompanhamento, prevalecendo, ali, o aspecto clínico. Logo, o ambulatório passou a ser reconhecido como ambulatório de IC pelos residentes médicos e multiprofissionais. O objetivo principal do ambulatório, portanto, passou o acompanhamento dos pacientes e a investigação da evolução da doença para a realização do controle terapêutico.

5.2.3. O ambulatório de enfermagem no cenário de estudo

O ambulatório de IC acontece às terças-feiras no período das 15h às 19h. Os pacientes que atendem aos critérios de IC, conforme as classificações de Boston

e Framingham (BOCCHI et al, 2009), são encaminhados das unidades de internamento ou de outros ambulatorios para avaliação com o cardiologista que irá determinar a vinculação do indivíduo ao ambulatorio.

Uma vez que o diagnóstico é determinado, o portador de IC mantém consultas de rotina, que podem ter um intervalo de uma semana a três meses conforme estabilidade clínica. Caso seja necessário, o portador de IC pode ser encaminhado para outros ambulatorios, como o de psicologia, nutrição, farmácia e, no caso desta pesquisa, ao ambulatorio de enfermagem. Portanto, este foi criado com fins acadêmicos como campo de prática para as enfermeiras residentes.

Por atuar em conjunto com o atendimento médico, decidiu-se ocupar as salas próximas ao ambulatorio 96 no SAM 5 no 2º andar do anexo B. A sala ocupada variava conforme disponibilidade, contudo a disposição de equipamentos e mobiliário são os mesmos para todos os consultórios. O consultório de enfermagem possui menos de 10 metros quadrados e contém uma maca para exame físico, pia para a lavagem das mãos, mesa e cadeiras. Havia apenas dois computadores, disponíveis para 8 consultórios. Todos os dados coletados foram registrados em formulários criados para este fim. Após o término do atendimento, eram compilados e registrados conforme rotina da instituição, conforme (ANEXO 4).

Quanto ao fluxo de atendimento, ao chegar no SAM 5 o portador de IC se identifica entregando a carteira de atendimento do HC/UFPR à recepcionista, que separa o prontuário clínico por ordem de chegada. A equipe médica busca os prontuários na recepção e revê, no consultório, as informações registradas no atendimento anterior, checa exames e prossegue com a consulta. Este processo pode levar em torno de 10 a 40 minutos, caso haja discussão do caso com o preceptor médico. Após a primeira consulta, o portador de IC recebe solicitação de exames laboratoriais e de imagens, prescrição de medicamentos, requisição de retorno e encaminhamento aos outros ambulatorios quando necessário. Ao sair do consultório médico, o portador de IC passa pela recepção e recebe algumas orientações administrativas e é encaminhado para o setor de agendamento para programar o retorno para a próxima consulta.

Para instituir a consulta de enfermagem neste contexto, foi necessário dialogar com a equipe médica para disponibilizar uma sala para o atendimento de enfermagem, assim como articular com a equipe administrativa a entrega do prontuário para que este profissional pudesse registrar o atendimento realizado.

Desta forma, a consulta de enfermagem ocorreu anteriormente à consulta médica no mesmo dia. A integração entre equipe médica e de enfermeiras aconteceu conforme as necessidades eram apontadas. Procurou-se atuar de forma multidisciplinar a fim de solucionar as queixas dos usuários. Embora nem todo paciente atendido fosse apresentado para uma discussão informal entre esses profissionais.

5.2.4 Participantes do estudo

Entende-se como participantes da pesquisa os indivíduos que estão envolvidos com o problema, são parte integrante do estudo, sobretudo porque eles não figuram apenas como informantes, mas como agentes da transformação. (TRENTINE; PAIM, 2004).

A pesquisa foi realizada com residentes de enfermagem do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar da Área Cardiovascular. A seleção dos participantes foi decidida após análise do envolvimento destes com o ambulatório e a possibilidade de ampliar o conhecimento por meio da abertura de novo campo de prática para a residência de enfermagem. Portanto, foram quatro participantes que, após o convite e exposição da proposta de pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APENDICE 1) com aceite em participar da pesquisa.

Os **critérios de inclusão** dos participantes foram: ser residente de enfermagem da área cardiovascular. Quanto aos **critérios de exclusão**, excluíram-se as enfermeiras de outras áreas de concentração de residência.

Para identificação das respectivas participantes utilizou-se a letra R seguida de um algarismo arábico, exemplo: **R1**, **R2**, e assim sucessivamente. O QUADRO 5, apresenta a caracterização das participantes.

QUADRO 5 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participante	Sexo	Idade (em anos)	Tempo de formação (em anos)	Tempo de experiência	Etapa da residência
R1	Feminino	30	2	4 meses	Segundo ano
R2	Feminino	24	2	0	Segundo ano
R3	Feminino	24	1	0	Primeiro ano
R4	Feminino	27	1,5	1 mês	Primeiro ano

FONTE: A autora (2016).

A residência multiprofissional no hospital da pesquisa tem a duração de dois anos, sendo que cada período compreende uma carga de aprendizado diferente do outro, haja vista que o tempo de imersão na prática possibilita um maior conhecimento técnico-científico da área de concentração.

Não houve participação de residentes do sexo masculino.

Embora indiretamente os portadores de IC tenham se beneficiado com o ambulatório, eles não foram incluídos como participantes, uma vez que a própria metodologia adotada define como participantes aqueles que são sujeitos ativos no processo de mudança da situação apresentada, neste estudo os portadores de IC assumiram o papel de informantes da situação pesquisada, desconfigurando-se como participantes da pesquisa. Todos os portadores de IC disponíveis para a consulta de enfermagem foram assistidos pela enfermeira pesquisadora e residentes de enfermagem, exceto os que passaram por consulta médica e foram liberados antes de serem avaliados pelas enfermeiras. Destaca-se ainda que, ao se tornarem pacientes do hospital em questão, tornam-se cientes de que se trata de um hospital universitário, no qual pesquisas em saúde podem ocorrer.

5.2.5 Técnicas de coleta de dados

O método adotado permite a utilização de múltiplas técnicas de coleta de dados, uma vez que se privilegia a resolução dos problemas vivenciados na prática de enfermagem e as técnicas selecionadas devem convergir para os objetivos da pesquisa. Assim, a PCA permite uma “dança” de aproximação e distanciamento da investigação, assim como da assistência. São estes momentos de convergência que tornam possível a resolução dos objetivos propostos pelo método. (TRENTINI; PAIM, 2004).

As técnicas para a obtenção das informações e intervenções foram: 1. **sondagem do conhecimento**, 2. **grupo de convergência** e 3. **observação participante**.

A **sondagem do conhecimento** é uma atividade para avaliar o conhecimento dos participantes, por meio de instrumentos e/ou entrevistas, que auxiliam o pesquisador na investigação dos conteúdos adquiridos sobre a situação-problema e a temática envolvida.

Utilizou-se um questionário de “CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” (Q-CENIC) (ANEXO 2), sendo que a versão original, chamada de Nurses’s Knowledge of Heart Failure (NKHF) foi elaborada por Nancy M. Albert e colaboradores com objetivo de mensurar o conhecimento das enfermeiras sobre os comportamentos de autocuidado na IC. Sua validação ocorreu com 300 enfermeiras de todos os níveis de atenção do sistema de saúde de Cleveland, nos Estados Unidos, no período de fevereiro a abril de 2002. Posteriormente, foi adaptado transculturalmente por Klein, Linch, Mantovani, Goldmeier e Rabelo (2012), enfermeiras de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, em que o número de questões foram reduzidas a 15 e o nome adaptado à língua portuguesa. A partir dos resultados encontrados nessa etapa, formaram-se os grupos de convergência.

Os **Grupos de Convergência** (GC) são pequenos grupos de pessoas que se reúnem com o objetivo de desenvolver o conhecimento teórico para beneficiar a prática assistencial estudada. (TRENTITI; PAIM; SILVA, 2014). Realizaram-se atividades planejadas para a capacitação dos participantes para a consulta de enfermagem no ambulatório de enfermagem para portadores de IC. Sendo assim, os GC atuaram a partir de uma estratégia para envolver os participantes na construção do conhecimento e no processo de mudança da realidade encontrada.

Segundo Trentini, Paim e Silva (2014), a participação ativa dos envolvidos na pesquisa é um elemento facilitador para a efetiva implementação das mudanças desejadas e, portanto, na qualidade da assistência prestada. Nesta pesquisa, os GC foram gravados em vídeo para que fossem analisados posteriormente pela pesquisadora.

A **Observação Participante**: caracterizada pela imersão da mestranda-pesquisadora no cenário de pesquisa. Portanto, realiza as atividades da prática assistencial (consulta de enfermagem) e coleta de dados para a pesquisa simultaneamente. (TRENTITI; PAIM; SILVA, 2014).

Por sustentar o critério de imersibilidade, a PCA defende que a observação participante permitirá o envolvimento do pesquisador nas atividades assistenciais e promoverá maior engajamento dos participantes na inserção de mudanças ou inovações por ser o pesquisador parte da realidade pesquisada. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

5.3 FASE DE PERSCRUTAÇÃO

Na fase de perscrutação, o pesquisador deve comprometer-se com o desenvolvimento do conhecimento teórico que será utilizado para implantar e implementar as mudanças propostas além de buscar subsídios para a efetiva mudança na realidade estudada.

Desta forma, a fase da perscrutação é definida como “uma procura minuciosa e profunda de condições para mudanças em todo o contexto da investigação: físico, técnico, tecnológico, científico, emocional, cultural, social, sendo de ética, entre outros”. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 46). Corresponde à realização das técnicas selecionadas na fase anterior (instrumentalização).

5.3.1 Coleta e registro dos dados

No que tange a exequibilidade da pesquisa, a pesquisadora apresentou ao coordenador médico do ambulatório de IC e para a gerente da unidade de gestão ambulatorial o projeto de pesquisa com a intenção de implantar a consulta de enfermagem para portadores de IC. A parceria com o coordenador médico para sua execução da pesquisa foi um facilitador da entrada no cenário da pesquisa.

Esta pesquisa envolveu diferentes etapas de coleta de dados em momentos distintos que se complementaram para o alcance dos objetivos propostos. Foram necessárias etapas de preparação das participantes para atender ao objetivo de sistematizar as etapas da consulta de enfermagem no ambulatório de IC segundo a Teoria das Necessidades Humanas básicas e etapa de observação participante para a imersão e validação da proposta da consulta de enfermagem, para o alcance do objetivo de desenvolver as etapas da consulta de enfermagem no ambulatório de IC.

O Quadro 6 – APRESENTAÇÃO DAS ETAPAS DA PERSCRUTAÇÃO apresenta as etapas realizadas e o envolvimento das participantes em cada uma delas.

QUADRO 6 - APRESENTAÇÃO DAS ETAPAS DA PERCRUTAÇÃO

ETAPAS	OBJETIVO	PARTICIPANTES	PERÍODO
1º sondagem do conhecimento	Avaliar o conhecimento dos participantes sobre o manejo da	4 participantes	12 e 19 de março de 2015.
2º grupos de discussão	Sistematizar as etapas da consulta de enfermagem no ambulatório de IC, segundo a Teoria das Necessidades Humanas básicas	4 participantes	16 de abril a junho de 2016.
3º observação participante	Desenvolver as etapas da consulta de enfermagem no ambulatório de IC	2 participantes- Ausência justificada das R3 e R4.	Agosto a novembro de 2015.

FONTE: A autora (2016).

*IC= Insuficiência Cardíaca

1ª Etapa: Sondagem do conhecimento das residentes de enfermagem:

Para avaliar o conhecimento sobre as principais informações sobre o manejo de IC, utilizou-se o questionário Q-CENIC (ANEXO 2), cujas perguntas baseadas em verdadeiro ou falso apresentam as atividades de autocuidado, que se esperam dos portadores de IC. Quanto maior aderência e comprometimento do portador de IC em seguir essas atividades, menor são os riscos de internamento por descompensação da doença. Neste sentido, a meta-análise desenvolvida por Lambrinou et al. (2012) aponta que a enfermeira pode ser uma peça importante para a melhora de conhecimento e adesão de indivíduos portadores de IC.

Esta **primeira etapa** ocorreu nos dias 12 e 19 de março de 2015, participaram no primeiro encontro todas as quatro residentes de enfermagem do programa de residência multiprofissional da área cardiovascular. Aplicou-se o questionário Q-CENIC (Anexo 02). Após a resolução deste instrumento, a pesquisadora dividiu as questões entre as participantes para que pudessem justificar suas respostas amparadas nas diretrizes atuais de IC (BOCCHI et al., 2009; BOCCHI et al., 2012) a fim de que fossem discutidos no encontro seguinte. Percebeu-se uma dificuldade na interpretação das perguntas.

No segundo encontro, reuniram-se em sala reservada no 11º andar do hospital da pesquisa, a mestrand-a-pesquisadora e três participantes.

Na discussão do questionário (Anexo 02) foram abordadas todas as questões do questionário Q-CENIC de acordo com o que é preconizado na III Diretriz de IC (Bocchi et al., 2009), sendo que os pontos que geraram maiores

dúvidas foram os relacionados à atividade sexual e aos sintomas clássicos de exacerbação da doença. Concluída esta etapa, houve um intervalo de 15 minutos para que os participantes pudessem desfocar do questionário e discutir o processo de enfermagem.

Processo de Enfermagem: para sondagem do conhecimento sobre processo de enfermagem a mestranda-pesquisadora utilizou a técnica de *brainstorming* ou “tempestade de ideias” que consiste em uma ferramenta criativa para a exposição de ideias acerca de um tema. (SANTO, 2015). As principais ideias expostas se referiam ao processo de trabalho da enfermeira, instrumento para organização do trabalho, diagnóstico de enfermagem, atuação profissional, aparato legal. Após, foi solicitado às participantes que fizessem a leitura sobre a lei do exercício profissional e as resoluções do conselho de classe que subsidiam a prática de enfermagem, que são: As resoluções nº 359 de 15 de junho de 2009 e nº 311 de fevereiro de 2007 do COFEN. A mestranda-pesquisadora orientou a busca no site do COFEN, devendo cada participante realizar a leitura individualmente para que a temática fosse discutida, com maior profundidade, no grupo de convergência.

2ª Etapa: Grupos de Convergência

De acordo com a disponibilidade das participantes, os encontros do GC foram predefinidos quanto ao horário e dia da semana para sua realização. As salas de aula foram cedidas pelo departamento de clínica médica do HC-UFPR, porém os dois primeiros encontros aconteceram na sala da supervisão de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva cardiológica, local de trabalho da mestranda-pesquisadora.

Foram realizados nove encontros, todos no período vespertino nos meses de abril, maio e junho de 2015. A duração de cada encontro foi, de no máximo, uma hora e meia e, ao final de cada encontro, o grupo compartilhava as facilidades e dificuldades da atuação do residente de enfermagem nos serviços da unidade cardiovascular.

Os encontros foram filmados no computador da mestranda-pesquisadora para resgate das informações verbais e não verbais do conteúdo apresentado pelos participantes, uma vez que não foi utilizado um moderador.

Foram discutidos pelo GC os temas: IC, teoria das necessidades humanas básicas e consulta de enfermagem voltada para o portador de IC.

Grupo de discussão da IC: quanto à IC, o conteúdo foi dividido por fisiopatologia, avaliação (exame físico, métodos de diagnósticos, e outros achados importantes no portador de IC), controle farmacológico e não farmacológico. A mestranda-pesquisadora oferecia, com uma semana de antecedência, o material de apoio: artigos científicos, vídeos explicativos sobre as alterações fisiológicas e III diretriz brasileira de IC. (BOCCHI et al., 2009).

A leitura destes materiais antecipadamente permitiu que as participantes trouxessem suas dúvidas e posicionamentos para a discussão e consenso no GC. Notou-se que em algumas discussões alguns elementos permaneciam alheios e para promover a participação de todas decidiu-se por delegar parte do conteúdo a ser apreendido para que as participantes conduzissem a discussão. A mestranda-pesquisadora assumia o papel de moderadora, estimulando o pensamento crítico e a tomada de decisão.

Grupo de discussão da teoria das necessidades humanas básicas: no primeiro encontro, as participantes foram apresentadas ao livro de Wanda de Aguiar Horta de 2011, para que procedessem a leitura e se familiarizassem com as definições apresentadas. Embora este tenha sido o referencial teórico utilizado no processo de formação de todas as participantes, estas desconheciam o conteúdo do livro. Utilizaram-se como referencial, além do livro de Wanda A. Horta, artigos científicos (BENTO; BROFMAN, 2009; CAVALCANTI; CORREIA; QUELUCI, 2009; FEIJO; BIOLO; RABELO-SILVA, 2013; KLELEMBER et al., 2014), livros sobre a temática (BENEDET; BUB, 2001) e as resoluções pertinentes do COFEN. Estes fazem parte do referencial bibliográfico adotado para a construção desta pesquisa.

Grupo de discussão da consulta de enfermagem: para a estruturação das etapas da Consulta de Enfermagem ao portador de Insuficiência Cardíaca foram construídos, com base nos referenciais adotados e seguindo as cinco etapas do PE:

1. um instrumento único para a coleta de dados - Histórico de Enfermagem, levantamento dos diagnósticos de enfermagem segundo taxonomia II da NANDA-I;
2. planejamento dos cuidados, com intervenções e resultados esperados (APENDICE 2).

Objetivou-se, com isto, facilitar o registro dos dados pelas participantes, uma vez que estão em processo de formação e que durante a interação com o portador

de IC as informações vão surgindo conforme o sujeito interage com o profissional. O uso de um instrumento único facilitou tanto o pensamento crítico e o raciocínio lógico ao observar as necessidades humanas afetadas ligando-as aos diagnósticos de enfermagem, quanto as intervenções e os resultados esperados.

O instrumento, portanto, se constituiu um meio para a condução da consulta de enfermagem. Haja vista que o cenário de pesquisa adota o método Weed para o registro formal em prontuário do paciente.

Criado em 1969 pelo professor de medicina Lawrence Weed, da Universidade de Vermont, o método visava a organizar os dados coletados por acadêmicos de medicina seguindo a lógica do registro orientado por problemas possibilitando a ordenação dos dados a fim de direcionar as ações e promover o raciocínio lógico para a tomada de decisão - além de tornar a informação acessível a quem viesse a atender o paciente. (BRASIL. COREN-SP, 2013). Sendo assim, o método utiliza o acrônimo S-O-A-P (subjetivo-objetivo-avaliação-planejamento) para organizar as informações coletadas durante a consulta. Inicialmente, ele era destinado especialmente à assistência médica, mas com a sua propagação e validação, passou a ser utilizado por outras profissionais da área da saúde.

O termo subjetivo (S) se refere ao relato das condições de saúde e/ou doença do indivíduo avaliado; o termo (O) se refere ao objetivo e diz respeito aos dados clínicos, laboratoriais e de imagem que convergem (ou não) para os dados subjetivos apontados; no termo seguinte, (A) se refere à avaliação, às impressões diagnósticas que são formadas levando em consideração os achados nas duas etapas anteriores. Finalizando, o planejamento, (P), refere-se ao conjunto de condutas que serão adotadas para a resolução dos problemas elencados nas fases anteriores. (BRASIL. COREN-SP, 2013).

Na Instituição cenário do estudo preconiza-se que os registros em prontuário adotem o método Weed por todos os profissionais, sendo que há disponível, em sítio eletrônico, o manual para o correto emprego do acrônimo pela equipe de enfermagem do hospital em questão. (UFPR.HC, 2014).

Os grupos foram encerrados em junho de 2015, no mês de julho não houve atividade prática por coincidir com o período de férias dos residentes. As atividades foram retomadas na segunda quinzena de agosto de 2015 e após o embasamento teórico sobre a consulta de enfermagem ter sido construído pela mestranda-

pesquisadora com o envolvimento dos participantes, iniciou-se a consulta de enfermagem no ambulatório de IC.

3ª Etapa: Observação Participante da consulta de enfermagem no ambulatório de Insuficiência cardíaca

Nesta etapa, **a consulta de Enfermagem ao portador de Insuficiência Cardíaca foi implantada** no ambulatório de IC pela mestranda-pesquisadora e por duas participantes (R1 e R2), sendo que as outras duas participantes não obtiveram liberação das aulas do programa de residência multiprofissional para fazê-lo. Explicita-se que o cronograma das residentes do primeiro ano se difere das residentes do segundo ano em decorrência da realização dos trabalhos de conclusão de curso.

Quanto à consulta de enfermagem, foram realizadas 16 consultas, por 12 semanas, é necessário ressaltar que o ambulatório acontece apenas uma vez na semana, às terças-feiras, no período da tarde. As notas de observação foram registradas em um diário de campo e as notas referentes à assistência de enfermagem foram registradas no instrumento intitulado de Registro para a consulta de enfermagem - AMB. IC (APÊNDICE 2) construído durante os GC e posteriormente para o prontuário dos clientes, quando este estava disponível para registro.

A seguir, o QUADRO 7- ATIVIDADES DA FASE DA PERSCRUTAÇÃO apresenta as atividades realizadas nesta fase da pesquisa.

QUADRO 7- ATIVIDADES DA FASE DA PERSCRUTAÇÃO

Etapa e Instrumentos	Descrição do Desenvolvimento da Atividade	Recursos utilizados
<p>1º Etapa</p> <p>A) Sondagem do Conhecimento sobre Insuficiência Cardíaca</p> <p>Aplicação do instrumento: Questionário Q-CENIC (APÊNDICE 1)</p> <p>B) Sondagem sobre o conhecimento sobre o processo de enfermagem;</p>	<p>O Questionário Q-CENIC foi aplicado em um ambiente calmo e capaz de acomodar confortavelmente todos os participantes de uma única vez;</p> <p>Os participantes foram dispostos em semicírculo, e levaram no máximo 20 minutos para responder;</p> <p>Nº de participantes: 4</p> <p>Os participantes foram orientados a preencher o questionário conforme conhecimento próprio, utilizando sim ou não como resposta.</p> <p>Os participantes foram instigados a expor seus conhecimentos e sua visão sobre o processo de enfermagem (o que é, qual o objetivo, é implementado na prática, qual o papel da enfermeira para sua implementação)</p> <p>O encontro foi registrado em vídeo para que a comunicação verbal e não verbal fosse registrada.</p>	<p>Local: Sala da supervisão de enfermagem no Centro de terapia Intensiva Cardiológica;</p> <p>Recurso material; Computador para registro em vídeo; e, fotocópias dos questionários.</p> <p>Técnica de brainstorming.</p>
<p>2ª Etapa</p> <p>Grupos de Convergência</p>	<p>Os participantes foram comunicados com antecedência sobre o local e o horário dos encontros;</p> <p>A duração foi definida pelo grupo (duração média: uma à uma hora e meia);</p> <p>Ofertado <i>coffee break</i>;</p> <p>Realizados nove encontros, não sequenciais, entre os meses de abril a junho/2015</p> <p>1º Encontro: Aplicação do questionário Q-CENIC e divisão das questões do questionário para buscar fundamentação teórica.</p> <p>2º encontro: Discussão sobre o questionário e apresentação de estudo de caso de portador de IC focando o processo de enfermagem segundo o modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas (NHB).</p> <p>3º encontro: Discussão sobre o PE/CE e suas etapas (aspectos éticos, legais e metodológicos).</p> <p>4º encontro: Elaboração de instrumento de coleta de dados baseado no modelo teórico das NHB) (APÊNDICE 02)</p> <p>5º encontro: Elaboração de instrumento de coleta de dados baseado no modelo teórico das NHB) (APÊNDICE 02)</p> <p>6º encontro: Aprofundamento dos conhecimentos sobre IC (parte I):</p>	<p>Salas de aula no 12 andar ou 11 conforme disponibilidade;</p> <p>Computador para gravação do GC;</p> <p>Computador: apresentação em PowerPoint®;</p> <p>Quadro-negro e giz;</p> <p>Cadernos e canetas para anotação;</p> <p>Sugestões de leitura: livro Processo de enfermagem (FONTE: HORTA, 2011) e Diretriz Brasileira de IC (FONTE BOCCHI et al, 2009);</p> <p>Sugestão de leitura: código de ética da enfermagem, resolução COFEN 358/2009; (FONTE: BRASIL,2009);</p>

CONTINUAÇÃO QUADRO 7 - ATIVIDADES DA FASE DA PERSCRUTAÇÃO

	<p>epidemiologia, definição etiologia, fisiopatologia e classificação.</p> <p>7º encontro: Aprofundamento dos conhecimentos sobre IC (parte II): terapia farmacológica e não farmacológica.</p> <p>8º encontro: Fechamento e avaliação dos GC.</p>	<p>Artigos que relacionem diagnóstico de enfermagem/ intervenção e resultados de enfermagem;</p> <p>Sugestão de leitura: tratado de cardiologia. (FONTE: BRAUNWALD, 2013)</p>
<p>3ª Etapa</p> <p>Observação Participante</p>	<p>A inserção da pesquisadora e participantes no cenário da pesquisa-Ambulatório 96 para a implementação da consulta de enfermagem ocorreu nos meses de junho, agosto, outubro e novembro;</p> <p>Realizadas 50 horas de observação;</p> <p>Total de 12 dias de seguimento;</p> <p>As consultas de enfermagem (n=17) foram registradas no prontuário e conforme modelo SOAP adotado pelo hospital;</p>	<p>Instrumento de coleta de dados (APÊNDICE 2)</p> <p>Canetas, bloco de notas.</p> <p>Equipamento para verificação dos dados vitais: Termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, balança, relógio.</p>

FONTE: A autora, 2016.

5.4 FASE DE ANÁLISE

Por privilegiar a convergência entre pesquisa e prática assistencial, a PCA contribui para uma coleta de dados bastante complexa, pois todos os momentos em que o pesquisador se insere no cenário de pesquisa se configuram como uma oportunidade para identificar dados importantes para a resolução do problema. (TRENTINI; PAIM; SILVA. 2014).

Para as autoras citadas, a fase de análise das informações compreende quatro processos, a saber: processo de **apreensão**, processo de **síntese**, processo de **teorização** e processo de **transferência**. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

No que diz respeito à **apreensão**: a sondagem do conhecimento dos residentes de enfermagem através do questionário Q-CENIC permitiu um levantamento de dados que foram tabulados em planilha simples do software Microsoft Excel. Os resultados provenientes da aplicação do questionário trouxeram subsídios para o planejamento das atividades dos grupos de convergência.

As notas referentes aos grupos foram descritas em *software Microsoft Word* 2016, após revisão minuciosa dos vídeos que, vale ressaltar, foram filmados em computador próprio da mestranda-pesquisadora. A mestranda-pesquisadora buscou as informações que fluíram do relato verbal e não verbal das participantes organizando-as em categorização temática, de acordo com as similaridades encontradas.

Conforme sugerido por Trentini, Paim e Silva (2014), na observação participante os dados foram registrados por meio de notas da observação e pelo preenchimento do instrumento para coleta de dados criado pelo GC para a consulta de enfermagem (ANEXO 2). Os dados foram agrupados por similaridades.

Este momento configurou-se como uma oportunidade para a mestrada-pesquisadora aproximar-se da realidade e das participantes na vivência da aplicação da consulta de enfermagem para portadores de IC

O processo de síntese fundamenta-se na reunião dos dados e na fusão deles que deve acontecer de forma coerente. A partir da organização e estruturação dos dados, o pesquisador pode propor medidas efetivas para a implementação de mudanças na prática assistencial - a consulta de enfermagem baseada em um modelo teórico para portadores de IC. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na teorização ocorreu a construção e reconstrução das formulações teóricas capazes de descrever e explicar os fenômenos reais. Portanto, "... é um processo de descobrir os valores contidos nas informações, o que auxiliará na formulação de pressupostos e questionamentos". (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 57). Para isto, a mestranda-pesquisadora empenhou-se em um trabalho intelectual profundo.

No que consiste a transferência de resultados obtidos, espera-se refletir em novas práticas assistenciais, melhorando a qualidade da assistência de enfermagem ao portador de IC. Para tanto, elaborou-se um guia de boas práticas para a consulta de enfermagem que será apresentado no capítulo seguinte.

5.5. ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar essa pesquisa foram considerados todos os aspectos presentes na Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre os quatro princípios fundamentais da bioética: **autonomia**, **beneficência**, **não maleficência** e **justiça**. Estes princípios visam assegurar os direitos e deveres dos pesquisadores, dos participantes e do Estado. (BRASIL, 2012).

Este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HC-UFPR e aprovado, com o parecer nº 970.802 de 25 de janeiro de 2015, sob CAAE nº 40554415.7.0000.0096 (APÊNDICE 1).

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo foi dividido em três subitens: 1. a caracterização dos residentes de enfermagem; 2. a sistematização da consulta de enfermagem no ambulatório de IC, pautado na Teoria das Necessidades Humanas básicas; e 3. a consulta de enfermagem ao portador de IC.

Optamos por apresentar os resultados simultaneamente com a discussão, após a análise e interpretação dos dados resultantes dessa PCA.

O QUADRO 8- SÍNTESE DOS RESULTADOS POR OBJETIVO PROPOSTO apresenta a síntese dos resultados por objetivo.

QUADRO 8- SÍNTESE DOS RESULTADOS DA PESQUISA POR OBJETIVO PROPOSTO

OBJETIVOS	ESTRATÉGIA	RESULTADOS
Sistematizar as etapas da consulta de enfermagem no ambulatório de IC, segundo a Teoria das Necessidades Humanas básicas;	GRUPOS DE CONVERGENCIA	Resgate do referencial teórico. Embasamento legal e científico para a implementação do processo de enfermagem Construção do instrumento de registro da consulta de enfermagem Discussão sobre os diagnósticos, intervenções e resultados mais comuns aos portadores de IC conforme literatura. Aprofundamento no conhecimento sobre IC conforme diretriz brasileira de IC
Desenvolver as etapas da consulta de enfermagem no ambulatório de IC.	OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	Inserir a enfermeira no ambulatório de IC; Reconhecer a dinâmica de funcionamento; Realizar a consulta de enfermagem; Registrar em instrumento próprio e de maneira resumida no prontuário clínico do paciente.
Elaborar um guia de ações para a consulta de enfermagem para portadores de IC	REVISÃO DA LITERATURA	Padronizar a consulta de enfermagem ao portador de IC

FONTE: A autora (2016).

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PERFIL SOCIAL

Dentre as participantes, duas estão no segundo ano de residência e as outras duas estão no primeiro ano. A residência multiprofissional no hospital da pesquisa tem a duração de dois anos, sendo que cada período compreende uma carga de aprendizado diferente do outro, pois compreende-se que o tempo de imersão na prática possibilita um maior conhecimento técnico-científico da área de concentração.

Não houve participação de residentes do sexo masculino, corroborando a ideia de que a grande maioria, atuante na profissão de Enfermagem, é do sexo feminino, segundo estudo publicado por Souza et al. (2014).

As variáveis *idade*, *tempo de formação* e *experiência profissional* demonstram que as participantes são jovens, egressas da graduação em Enfermagem a menos de dois anos e com experiência inferior a dois anos de atuação profissional na prática do cuidado.

Para compreender estes dados é necessário entender a modalidade de pós-graduação em que os participantes se inserem.

Segundo a portaria interministerial do MEC/MS nº 1077 de 12 de novembro de 2009, os programas de residência multiprofissional são modalidades de ensino *latu sensu* caracterizadas por educação em serviço e precisa refletir um cenário de aprendizagem, que inclua os profissionais como sujeitos ativos do processo ensino-aprendizagem-trabalho, garantindo-lhes formação integral e interdisciplinar e auxiliando na aquisição de competências que possibilitem atuação norteada nos princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL. MEC\MS, 2009)

Portanto, há o compromisso de formar profissionais que compreendam a lógica das redes de atenção nos diversos níveis de atuação, capazes de articular a inserção dos usuários na rede e de serem resolutivos ao atender às necessidades de saúde. Neste sentido, adota-se o conceito de *educação permanente em saúde*, que se caracteriza por "... aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho". (BRASIL. MEC, 2009, p. 20). Isto é, a realidade é problematizada levando em conta o conhecimento e as experiências dos profissionais e deve resultar em mudanças na prática assistencial.

Deste modo, os programas de residência multiprofissional são uma estratégia adotada pelo MS para a qualificação de jovens profissionais da área da saúde, promovendo a educação em saúde voltada às necessidades de saúde da população e permitindo uma maior integração dos saberes de cada profissão orientados nas premissas do SUS, a fim de repensar o modelo de atenção ofertado atualmente aos usuários. (MELO et al., 2012).

O modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado na doença e tecnicismo, vem sendo desconstruído. Busca-se um modelo de atenção integral que valorize os vários saberes, compreendendo o ser humano para além da dimensão biológica e preocupando-se com a incorporação de ações coletivas que promovam mudanças efetivas nas necessidades apresentadas pelos indivíduos/família/comunidade. (INCA, 2014). Neste sentido, as residências multidisciplinares visam facilitar a adoção desse modelo ao inserir os profissionais da área de saúde recém-formados no campo prático.

A necessidade de profissionais que atendam às necessidades de saúde da população, promovendo ações conjuntas para a integralidade da assistência, tem sido apontada pela WHO como estratégia importante na formação de mão de obra qualificada na saúde. Pois entende-se que uma categoria profissional isolada não é capaz de promover as mudanças nos hábitos de vida e, portanto, de saúde da sociedade atual. (WHEELER; FISHER; LI, 2014).

A intenção das residências multiprofissionais é, justamente, a de aproximar os saberes e permitir que os diferentes profissionais atuem de maneira multi e interdisciplinar. A fim de repensar ações de promoção, manutenção e prevenção das condições de saúde da população. (SILVA; et al., 2014).

Sob esta perspectiva, o uso da metodologia PCA corrobora com a política de educação em saúde instituída pelo MS por confluírem a respeito da participação dos envolvidos na situação para modificar e melhorar a qualidade da assistência, entendendo que a utilização de grupos de discussão, ou, no caso desta pesquisa, **grupos de convergência**, são estratégias de ação que promovem uma maior integração entre os indivíduos, tornando tangível a implementação de mudanças no cotidiano.

Incluir os profissionais residentes permite que estes apreendam os processos de articulação entre médicos/enfermeiras, enfermeiras/portadores de IC, enfermeiras/demais membros da equipe de saúde na busca por melhores soluções

no processo saúde-doença. Além disto, é papel do preceptor atuar diretamente na formação destes profissionais como interlocutor do aprendizado, orientando sobre as melhores práticas nos serviços de saúde.

6.2 O CONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES

Em relação ao conhecimento das participantes sobre o manejo clínico da IC, observou-se que dentre as 15 questões que compõe o instrumento Q-CENIC (ANEXO 2) a média de acerto foi de 11,25 questões, com uma variação de 86% a 53% de acerto individual. O melhor escore foi atribuído à doze questões respondidas corretamente e o pior a oito. Os valores acima de 75% correspondem a um bom nível de conhecimento sobre o manejo da IC, conforme estudo realizado por Machado et al. (2014).

As questões sobre o controle de peso e restrição de sódio na dieta foram as que receberam maior percentual de erro (50%). Presente em todas as recomendações para o manejo de IC, o controle do peso possibilita a avaliação de estados hipovolêmicos, que poderiam evoluir para quadros de descompensação. Mas também podem orientar para quadros de caquexia, o que levaria a um pior prognóstico da IC (BOCCHI et al., 2009; MCMURRAY et al., 2012; YANCE, 2013).

Corroboram com estes achados, o estudo realizado por Saccomann, Cintra e Gallani (2014) que aponta a falta de relação, por parte dos portadores de IC, do ganho de peso com a piora dos sintomas, cabendo aos profissionais da equipe multiprofissional orientar continuamente sobre os fatores que colaboram com a piora dos sintomas e que podem induzir ao internamento.

Quanto à restrição de sódio na dieta, os valores ainda não parecem bem estabelecidos. Podem se beneficiar com a restrição aqueles portadores de IC que estejam apresentando sintomas de congestão, como edema, ortopneia, dispneia paroxística noturna, fadiga e que não estejam com a terapia farmacológica otimizada. O controle da ingestão de sódio na dieta pode significar redução no risco de hospitalização e melhorar a qualidade de vida por minimizar o impacto dos sintomas nesses indivíduos. (JURGENS et al., 2015).

Estudos clínicos ainda parecem conflitantes a este respeito, conforme evidenciado por Doukki et al. (2016), a restrição de sódio (< dois gramas e meio por dia) demonstrou maior risco para internamentos por IC descompensada e por morte.

Por isso, dietas muito restritivas (menos do que dois gramas/dia de sal) podem ativar o SRAA e prejudicar o estado nutricional do cliente. Sendo, por tanto, uma recomendação que depende da avaliação clínica, baseado na necessidade de manter um bom padrão nutricional e da presença de congestão dos portadores de IC. (GUPTA et al., 2012).

Contudo, a restrição de sódio e controle de peso são apresentados como ações de autocuidado mais comumente relatadas pelos portadores de IC. O estudo realizado com 132 portadores de IC apontou que apenas 43,2% e 22% mantinham, respectivamente, o controle de peso e de ingestão de sódio como medida não farmacológica para o tratamento da síndrome. Entretanto, a falta de atividade física relatada por 88% desses indivíduos ressalta a necessidade de orientação sobre o tema. Uma vez que a prática da atividade física está relacionada com a melhora do padrão ventilatório, liberação de hormônios relacionados ao bem-estar, contribuindo para a melhor qualidade de vida (FERREIRA et al., 2015).

A TABELA 1 apresenta os acertos dos participantes de acordo com áreas temáticas sobre o manejo na IC.

TABELA 1 - CONHECIMENTOS DOS PARTICIPANTES SOBRE MANEJO CLÍNICO NA IC. CURITIBA, 2016.

QUESTÕES DE VERDADEIRO E FALSO	ACERTOS (N=4)
1. restrição hidro-salina	3
2. Restrição hidro-salina	2
3. Sintomas de exacerbação da IC	4
4. Atividade física	2
5. Controle de peso	4
6. Sintomas de exacerbação da IC	3
7. Adesão a terapia farmacológica/ não farmacológica x cura	4
8. Sinais de exacerbação	3
9. Sinais de exacerbação	4
10. Restrição hidro-salina	2
11. Controle de peso	2
12. Controle de peso	2

13. Atividade sexual	4
14. Atividade sexual	2
15. Adesão a terapia farmacológica/ não farmacológica x melhora da qualidade de vida	4

FONTE: A autora (2016).

Conforme evidenciado por Alberti et al. (2013), os portadores de IC, em sua maioria, sofrem com a disfunção sexual por apresentarem 5 fatores que estão altamente relacionados a ela: a disfunção endotelial, a aterosclerose, a intolerância ao exercício, as medicações cardiovasculares e os fatores psicogênicos. Estes autores apresentam que a falta de orientação ao portador de IC pode contribuir para a redução das atividades sexuais deste grupo. Além do mais, ao atentar-se para a prescrição de medicações que reduzam o impacto sobre as atividades sexuais e o encorajamento para uma vida sexual ativa podem melhorar os aspectos psicológicos afetados.

Considerando essa temática, notou-se uma dificuldade das participantes desta pesquisa em abordar a questão da atividade sexual. Em partes, relacionadas ao desconhecimento sobre a fisiopatologia e farmacoterapia. Mas também, por uma visão limitada de que pessoas com mais idade não precisam se manter sexualmente ativas. Fato evidenciado na fala da participante R1, durante o preenchimento do Q-CENIC (ANEXO 2), que julgou não ser importante o tratamento para disfunção sexual de uma pessoa que apresenta sinais de fadiga e desconforto respiratório aos médios esforços.

Quanto aos sinais e sintomas, KAPOOR et al. (2016) apresentam que dos 99.825 internamentos relacionados a IC observados em um estudo, a dispneia e ganho de peso foram as condições mais prevalentes para a procura dos serviços de saúde. Em portadores de ICFER, ainda foram evidenciadas a piora da fadiga, tontura e arritmias como fatores predisponentes para as admissões hospitalares. Estando esses sinais associados a processos infecciosos (pulmonar), piora da função renal e da disfunção cardíaca. Estes autores complementam que a identificação precoce dos fatores e condições que predispõem o portador de IC ao internamento são medidas importantes. Pois podem reduzir as taxas de internamento e de mortalidade desses indivíduos. Assim como, podem ser utilizados para realizar a educação em saúde, haja vista que a orientação sobre o autocuidado na IC tem se comprovado eficaz.

Diante dos dados elencados, observa-se que as residentes do primeiro ano ainda não estão familiarizadas com as particularidades da IC, tendo dificuldade em relacionar a fisiopatologia com as ações de autocuidado necessárias para que a doença esteja sob controle adequado. E, embora as residentes do segundo ano já tenham um contato maior com a clínica, faltam-lhes subsídios para planejar o cuidado de enfermagem aos portadores de IC.

Baseando-se nestes achados, a mestrand-pesquisadora elencou os temas a serem abordados durante os grupos de convergência. Objetivou-se nivelar o conhecimento entre as participantes, resgatando a fisiopatologia, classificação, manejo clínico nos quatro estágios da doença e as ações de enfermagem pertinentes.

Quanto à sondagem do conhecimento sobre o PE, identificou-se que embora já formadas como enfermeiras, as residentes apresentavam conhecimento insipiente sobre a temática. Os principais temas que emergiram foram: a aplicação das teorias de enfermagem, o papel da enfermeira na equipe multiprofissional, as etapas que envolvem o processo de enfermagem e os sistemas de classificação.

A teoria das necessidades humanas básicas foi unanimidade entre as participantes. Todavia, estas desconheciam o livro sobre o processo de enfermagem e não conseguiram definir os paradigmas da enfermagem segundo a autora daquela teoria. Houve ainda a confusão sobre o que era a NANDA-I, sendo apresentada pelo R2 como "...uma teoria que fundamenta a ação da enfermeira".

As nomenclaturas utilizadas também foram fator de dúvida das participantes que não conseguiam definir a diferença entre SAE e PE. E ainda apresentavam diferença na conceituação de PE e CE.

De acordo com o estudo realizado por Viera et al. (2011), a teoria das necessidades humanas básicas foi identificada como a mais utilizada na prática de enfermagem no tratamento de doenças crônicas, além de enfatizar que sua aplicabilidade implica em melhora da qualidade da assistência e maior visibilidade da enfermeira.

Destarte, a sondagem do conhecimento dos participantes permitiu a elaboração da segunda etapa de pesquisa que diz respeito aos grupos de convergência.

6.3 SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE IC, SEGUNDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Para tanto, iniciou-se com a apresentação de estudo de caso de um indivíduo internado na instituição de ensino da pesquisa, portador de IC e atendido pelo participante R1. O referente caso deveria ser construído com base no processo de enfermagem segundo o modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Dentre as necessidades humanas básicas destacadas pelo grupo, apenas as psicobiológicas foram citadas, demonstrando uma negligência por parte dos participantes de olhar o ser humano como um todo.

Esta visão limitada sobre o indivíduo não o contempla como um todo indivisível, que pertence a um ambiente e nele interagem. A visão biológica é uma herança do modelo biomédico que valoriza o biológico em detrimento dos aspectos psico-sócio-espirituais que envolvem a essência do ser humano. (HORTA, 2014).

A dimensão biológica sobrepõe-se às demais, conforme evidenciado no histórico de enfermagem apresentado no estudo realizado por Gomes et al. (2014): nenhuma necessidade relacionada às necessidades sociais e espirituais aparecem no texto. Tal fato reforça a ideia de que os aspectos físicos são prontamente identificados pelos profissionais. São cuidados que podem ser mensurados, avaliados e testados.

Neste sentido Waldow (2008) critica a enfermagem por distanciar-se do que lhe é peculiar, o cuidado ao ser humano. Sendo que este cuidado é compreendido como aproximar-se e escutar e estar disposto a ajudar o indivíduo a recuperar sua autonomia.

Solicitou-se que os participantes buscassem as necessidades humanas básicas em desequilíbrio em todas as dimensões do ser humano como um exercício constante. Este olhar é o que nos diferencia dos outros profissionais conforme apontam os estudos realizados por Riegel, Jaarsma e Stromberg (2012), os quais destacam que a atuação da enfermeira baseado no conhecimento científico permite uma maior adesão do indivíduo no autocuidado.

Santos et al. (2014) aponta que embora o processo de enfermagem seja uma prerrogativa da assistência da enfermeira, este precisa ter conhecimento científico, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético e social. Contudo, precisa ser mais valorizado pelos profissionais e pelas instituições como

metodologia de trabalho capaz de melhorar a qualidade da assistência e reduzir custos.

Embora a discussão a respeito da sistematização da assistência de enfermagem venha sendo colocada em nosso meio desde os anos 1970, ainda há um distanciamento entre o PE e as enfermeiras. Ainda que cada enfermeira desenvolva a seu modo, muito pouco se registra as etapas da PE.

No encontro seguinte, a legislação sobre a consulta de enfermagem foi discutida. Os temas que emergiram desse encontro foram: 1. O excesso de atribuições do enfermeira; 2. O conhecimento técnico-científico como instrumento para valorização profissional;

Estudos sobre a implantação do processo de enfermagem apontam que, dentre os artigos publicados, poucos abordam todos os passos. A grande maioria apresenta o histórico de enfermagem e os diagnósticos, quanto à intervenção e aos resultados, os estudos, principalmente no Brasil, são poucos (VIEIRA et al., 2011).

Nos encontros seguintes, concentramo-nos nos esforços para a elaboração de um instrumento de coleta de dados para portadores de IC. Durante o processo de discussão ficou decidido que o instrumento deveria constar de todas as etapas da consulta de enfermagem, a fim de deixar claras as necessidades encontradas, os diagnósticos apropriados e as intervenções realizadas, bem como os resultados que se esperavam. Entretanto como as participantes estão em processo de formação escolheu-se não incluir as terminologias de NIC e NOC neste momento. Os cuidados estão amparados nas evidências científicas atuais sobre IC.

O instrumento construído em conjunto foi nomeado como: Instrumento para registro da consulta de enfermagem (APÊNDICE 2). Para testagem do instrumento, as participantes foram orientadas a realizar o **processo de enfermagem** em portadores de IC que estavam sendo assistidos por elas no campo da prática da residência. Como duas das residentes encontravam-se em estágio em setor de exames e, portanto, não estavam prestando assistência a portadores de IC diretamente, decidiu-se que a testagem seria feita em duplas.

Dentre as dificuldades na aplicabilidade do instrumento, destacou-se que era um instrumento grande em demasia, constando de 5 páginas; durante a entrevista com o paciente, os dados emergiram com facilidade, com exceção da sexualidade. No que concerne a essa necessidade humana básica, tanto enfermeira quando

portadores de IC se mostraram desconfortáveis na abordagem. Contudo, foi considerado aprovado para sua implementação no ambulatório de IC.

Quanto aos GC para nivelar o conhecimento sobre IC, os residentes foram divididos por tópicos, sendo que cada um deles apresentaram o conteúdo. A pesquisadora atuou como moderadora e provocou as discussões sobre os conteúdos apreendidos.

Ao final dos grupos, os residentes já se sentiam mais preparados para o atendimento ao portador de IC, conforme processo de avaliação do grupo de discussão. Foram 9 encontros para que houvesse uma maturidade no assunto, isto se justifica tanto pela pouca idade do grupo quanto pela inexperiência profissional.

Nos meses do estudo, os participantes participaram de outras aulas e outros estudos de caso, relativos à residência multiprofissional, o que contribuiu para o avanço no conhecimento científico do grupo.

6.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE IC

As consultas de enfermagem aconteceram anteriormente à consulta médica, conforme disponibilidade do prontuário clínico para registro. Foram realizados 16 atendimentos e os dados encontram-se dispostos no QUADRO 9.

QUADRO 9 - CARACTERÍSTICAS DOS PORTADORES DE IC ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE IC

	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RENDA	FATOR DE RISCO	CLASSE FUNCIONAL	ESTAGIO
P1	M	54	EM	CASADO	APOSENTADO	2 A 4	_____	I	C
P2	F	82	EF1	VIUVA	APOSENTADO	2 A 4	DEPRESSAO	III	D
P2	M	56	EF	SEPARADO			_____	II	C
P3	F	71	EF1	SEPARADA	DOMESTICA	2 A 4	DEPRESSAO	II	D
P4	M	59	EF2	CASADO	MOTORISTA	2 A 4	_____	III	C
P5	F	78	ALFAB.	VIUVA	DO LAR	2 A 4	_____	II	C
P6	M	77	EF1	CASADO	OPERARIO	2 A 4	_____	I	C
P7	M	51	EM	CASADO	MILITAR APOSEN.	4 A 6	ETILISMO	I	B
P8	F	86	EF1	VIUVA	DO LAR	2 A 4	_____	III	C

Continuação QUADRO 9 - CARACTERÍSTICAS DOS PORTADORES DE IC ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE IC

P9	M	74	EM	CASADO	MOTORISTA	2 A 4	-----	II	C
P10	F	70	ALFAB.	VIUVA	APOSENTADO	2 A 4	-----	IV	D
P11	F	33	EM	SOLTEIRA	OP.CXA	2 A 4	-----	IV	D
P12	F	83	EF1	VIUVA	DO LAR	2 A 4	-----	II	C
P13	F	56	EF1	SOLTEIRA	AUX. LAVAND	2 A 4	TABAGISMO	III	C
P14	F	63	EF1	CASADO	DO LAR	2 A 4	-----	III/IV	D
P15	F	71	EF	CASADA	APOSENTADO	2 A 4	-----	II	C
P16	F	80	EF1	VIUVA	APOSENTADO	2 A 4	-----	IV	C

FONTE: A autora (2016)

Nota-se a prevalência de mulheres no grupo que passou pela CE. Grande parte dos participantes tinham o ensino fundamental incompleto e baixa renda familiar. Os principais fatores de risco modificáveis se relacionam com o tabagismo e etilismo. A depressão se configura como indicador da piora da qualidade de vida dos portadores de IC, sendo evidenciada em duas ocasiões. Quatro dos 16 pacientes apresentavam piora da classe funcional, sendo indicado o internamento para controle dos sintomas exacerbados. Evidencia-se também o estágio de comprometimento cardíaco vivenciado por esses indivíduos. No estudo realizado por Freitas e Puschel (2013), a variável baixa renda familiar e escolaridade, idade e estado cível foram semelhantes. Sendo que no estudo citado, a classe funcional predominante foi melhor (CF-II) que a encontrada neste estudo (CF-IV).

Durante o levantamento de dados para o histórico de enfermagem, foram evidenciados que grande parte dos indivíduos se queixavam de falta de ar e cansaço (53%), edema nas pernas (37%), sendo que 10% não relataram queixas. Estes últimos, os pacientes com melhor CF. O estudo realizado por Galvao et al (2016) evidenciou que dispneia paroxística noturna e fadiga foram os sintomas prevalentes em portadores de IC admitidos em pronto atendimento por descompensação da IC. Neste sentido, é relevante reforçar que ações de autocuidado, como controle de sódio, restrição hídrica e aderência aos medicamentos, contribuem para o controle dos sintomas e, por conseguinte, a melhora da qualidade de vida desses indivíduos (JAARMAS et al., 2013).

Dentre as NHB psicobiológicas mais presentes destacam-se a regulação vascular, atividade física, integridade física, hidratação, eliminação, sono e repouso, terapêutica. Nas necessidades psicossociais, há baixa autorrealização, amor e aceitação, educação para saúde e segurança emocional. Dentre a psicoespiritual,

observa-se que devido às limitações impostas pela doença, alguns indivíduos deixaram de participar das atividades religiosas, outros relataram desânimo para a procura do convívio religioso.

Estes achados podem ser relacionados ao estudo desenvolvido por Sullivan et al. (2009) que avaliou o perfil depressivo e de ansiedade dos portadores de IC e propôs que atividades de educação psicoterapêuticas, auxiliam o indivíduo a buscar na meditação, na religiosidade e em grupos de apoio, mecanismos para o enfrentamento da doença: esta seria uma medida não farmacológica sugerida e efetiva para o controle dos sintomas depressivos. Diante do olhar único com o qual a enfermeira contempla o ser humano, ela está habilitada a perceber as desesperanças da pessoa que está sob seus cuidados para propor medidas terapêuticas que proporcionem suporte para a resolução ou minimização de tais sintomas. Neste caso, isto inclui o encaminhamento a outros profissionais.

Conforme apontado por McClintock et al. (2014) uma estratégia a ser incorporada para a redução de internações é a integração da equipe multiprofissional.

7. ELABORAÇÃO DO GUIA DE AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PORTADORES DE IC

O mestrado profissional assume a premissa de capacitar o profissional para que desenvolva com conhecimento técnico e científico as ações para as quais se qualificou. Neste sentido, como produto do conhecimento adquirido e resultado primordial desta pesquisa, elaborou-se um guia para a consulta de enfermagem ao portador de IC. Espera-se com isso, a socialização dos resultados deste estudo e sua replicação em outros serviços de saúde.

Por ser um trabalho direcionado às enfermeiras residentes, ou seja, profissionais em formação a elaboração de um guia para a CE visa a aproximação destas enfermeiras com o referencial teórico adotado, com o instrumento criado para registro da CE e com os diagnósticos e intervenções que se espera atingir com a assistência de enfermagem ao portador de IC.

Segundo Echer (2005) a elaboração de guias para o cuidado em saúde são atribuições recorrentes para o profissional de saúde. E devem ser utilizados como uma estratégia para a educação em saúde. Contudo, devem ser construídos com uma linguagem objetiva e sintetizada, para que o material seja de fácil leitura e utilização.

Sendo assim, adotou-se a estrutura de um livreto com apresentação por capítulos, de acordo com as etapas da CE, utilizando uma linguagem simplificada e resumida para que não fique extenuante para as enfermeiras a sua leitura. Diante disso, o guia compreende 8 capítulos. No primeiro capítulo, há uma sequência de informações que precisam da atenção da enfermeira para que a CE aconteça com fluidez no que diz respeito aos aspectos administrativos. No segundo capítulo, é apresentado ao leitor os conceitos utilizados com base no modelo teórico das NHB de Wanda Horta e das definições que são pertinentes para a ligação do referencial teórico com a prática assistencial. Nos capítulos seguintes, são apresentadas as etapas da CE e o instrumento para o registro da mesma.

No que tange aos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem, a mestranda-pesquisadora buscou mostrar as possibilidades diagnósticas e as ações de enfermagem que podem ser desenvolvidas no ambulatório. Entretanto, não se buscou esgotar a temática. Pois, de acordo com

Echer (2005) o guia precisa ser atrativo e objetivo. Sendo de fundamental relevância a seleção do conteúdo que compõe o material.

Além disso, a relação entre enfermeira e portador de IC é riquíssima e fundamental para que a CE se torne diferenciada da ação dos demais profissionais. Espera-se que as enfermeiras possam ser capazes de diagnosticar e intervir em situações que geram desequilíbrio das NHB. O resultado que se espera alcançar, independente da ação realizada é melhorar o cuidado de si do portador de IC.

A elaboração de um guia para a CE é uma tecnologia educativa que não se encerra neste momento, haja vista que a sua validação seria fundamental para a implantação na prática. Sendo assim, no que se refere as ilustrações, diagramação do guia e validação do conteúdo, considera-se que a utilização na prática assistencial pode contribuir para que seja devidamente ajustado às necessidades diárias da enfermeira na realização da CE. Conforme apontado por Teles et al (2014), a validação do conteúdo por expertise configura maior sustentação científica e prática do material, já que são analisados por quem vivencia a problemática em questão.

Contudo, a falta de tempo hábil para a validação do guia foi apontada como possibilidade para novas pesquisas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial metodológico adotado para esta pesquisa colaborou para repensar a assistência de enfermagem e mudar a prática assistencial das enfermeiras residentes e da pesquisadora ao sistematizar a consulta de Enfermagem no ambulatório de IC. Foi necessário reencontrar os conceitos negligenciados de necessidades humanas básicas, de enfermagem, de ser humano e de saúde. Além de resgatar a importância da fundamentação teórica e o conhecimento posto sobre a consulta de enfermagem como instrumento de valorização do trabalho da enfermeira. E para que esta valorização seja apreendida pelos profissionais de saúde é necessário que a equipe de enfermagem, principalmente os recém-formados, incorpore estes conceitos à sua prática diária.

Para atender o critério de Dialogicidade que a PCA defende, os grupos de convergência foram desenhados para que os conhecimentos relacionados à temática fossem amplamente discutidos. Entretanto, a falta de experiência clínica das residentes e da participação das enfermeiras da unidade funcional limitou o presente estudo por não permitir uma discussão mais ampla sobre a ótica de quem vivencia as situações diariamente e carregam consigo opiniões preconcebidas.

Contudo, aponta-se como potencialidades do estudo o empenho das enfermeiras do grupo na construção de um instrumento que viabilizasse o registro da CE. Este contemplou as cinco etapas necessárias para que a assistência de enfermagem ao portador de IC fosse desenhada.

No que diz respeito a este estudo e a seus efeitos, esta PCA tornou-se um campo riquíssimo para a pesquisa e para aplicação na prática das tecnologias leves e leve-duras. O que se identificou foi que a relação entre o profissional e o portador de IC possibilita uma infinidade de pesquisas para todos os níveis de formação, seja graduação, pós-graduação e atividades de extensão que não se restringe à ciência da Enfermagem. Por se tratar de um centro formador de profissionais para o SUS, o Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (CHC-UFPR) poderia engajar uma equipe multiprofissional no atendimento integral ao portador de IC. Neste sentido, esta PCA deixa como contribuição a expansibilidade da pesquisa para a enfermagem e outras profissões, o que seria um ganho para a instituição e para a comunidade.

Quanto à prática, notou-se que a CE ainda tem um caminho a percorrer nesta instituição. Pois destacou-se como limitações para este estudo o espaço físico

inadequado e o fluxo de atendimento voltado ao profissional médico. Embora haja uma resolução que torna obrigatória a **consulta de enfermagem** em todos os ambientes em que a atividade de enfermagem é exercida. É possível identificar que outros profissionais da saúde não entendem ou não conhecem a metodologia de trabalho que é inerente à enfermeira. Portanto, justificar as ações de enfermagem se tornou um limitador no diálogo entre a equipe médica e as enfermeiras.

Durante a realização da CE percebe-se a incorporação o que foi posto por Horta (2011), pois ao olhar o ser humano como um todo indivisível, que está em constante interação com o meio causando e sofrendo constantes desequilíbrios que comprometem as suas necessidades básicas, é que nasce a Enfermagem, ciência do cuidado. Ao compreender que a escuta ativa é capaz de aliviar um olhar desesperançado para a vida, compreendemos também que este é o motor para o agir da enfermeira. Desta forma, o critério de Imersibilidade e Simultaneidade foi plenamente atendido nesta pesquisa.

Portanto, as potencialidades advindas da CE ao portador de IC são: 1. a percepção melhorada da enfermeira sobre o cuidado que realiza, sendo objeto de valorização; 2. a possibilidade de melhorar a qualidade de vida do portador de IC reduzindo os fatores desencadeantes de descompensações; 3. Socialização e difusão do conhecimento das enfermeiras e da ciência da Enfermagem; 4. Aproximação dos saberes médicos e de Enfermagem em prol de uma parcela cada vez mais significativa da sociedade.

Como limitação para esta pesquisa, aponta-se a falta de uma enfermeira que desenvolva atividades assistenciais nos ambulatórios da cardiologia, em especial da IC, uma vez que a assistência realizada por enfermeiras residentes exige a participação de um preceptor da mesma área. Por isso, apesar dos ganhos que podem ser alcançados com a CE não foi possível permanecer com as atividades no ambulatório de IC.

Outro aspecto relevante relaciona-se com a falta de tempo entre os profissionais que atendem no ambulatório para discussão dos casos. Esperava-se um maior entrosamento entre estes profissionais, já que todos se conheciam e já atuavam como equipe em outros setores. Uma linguagem uniformizada poderia convergir para o bem-estar do paciente.

Neste sentido, a participação e divulgação de ações que reforcem o PE como instrumento de trabalho deve ser uma política sempre em expansão no hospital, pois facilitaria que a assistência de Enfermagem fosse desempenhada.

Ante ao exposto, os objetivos delimitados nesta PCA foram atendidos. Para a sistematização da assistência de Enfermagem ao portador de IC, a pesquisadora promoveu grupos de convergência, nos quais foram discutidos a IC e a CE, além de desenvolver um instrumento para o registro da CE que foi empregado na prática com parte dos portadores de IC atendidos no ambulatório. Como contribuição, o guia para a consulta de enfermagem foi construído para que haja continuidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, N.; et al. Nurses's knowledge of heart failure education principles. **Heart & lung**, v. 33, n. 1, p. 102-112, 2002. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0147956302237000/1-s2.0-S0147956302237000-main.pdf?_tid=24d71b28-72b8-11e4-83a4-00000aacb35e&acdnt=1416709774_c501e7f4021a5908cb7659b2d3baed99>. Acesso em: 14 nov. 2014.
- ALBERTI, L.; et al. Erectile dysfunction in heart failure patients: a critical reappraisal. **Andrology**, v. 1, n. 1, p. 177-191, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23339018>>. Acesso em: 05 ago. 2016.
- ALBUQUERQUE, D. C. de. et al. I registro brasileiro de insuficiência cardíaca: aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], ahead print, p. 0-00. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150031.pdf>. Acesso em: 12 mar 2016.
- ÁLVAREZ, C. V.; GARCÍA, J. H. V. El cuidado en enfermeira, perspectiva fenomenológica. **Rev Hacia la promoción de la salud**, v. 16, n. 2, p. 175-189, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126696013>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- AUSSERHOFER, D. et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. **BMJ Qual Saf**, v. 23, n. 2, p. 126-135, 2013. Disponível e: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/23/2/126.full.pdf+html>>. Acesso em: 08 ago. 2016.
- AZEKA, E. et al. I Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco, no Feto, na Criança e em Adultos com Cardiopatia Congênita, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.6, n.103, p. 106-301, 2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/img/pockets/POCKETBOOK_2015_Interativa.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.
- AZEVEDO, P. S. et al. Cardiac Remodeling: concepts, clinical impact, pathophysiological mechanisms and pharmacologic treatment. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.1, n. 106, p. 62-69, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016000100062&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 11 mai. 2016.
- AZZOLIN, K., et al. Consenso de diagnósticos resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 56-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/07.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

BARBIER, R. **Escuta Sensível na Formação de Profissionais de Saúde**. Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, jul. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/FEPECS>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M.; MONTICELLI, M. Processo de enfermagem informatizado em Unidade de terapia Intensiva: uma pratica educativa com enfermeiros. **Rev Eletr Enf**, Goiás, v.11, n.3, p. 579-859, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a15.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2014.

BARRETO, J. V., PAIVA, P. O registro clínico orientado por problemas. *Medicina Interna*, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 201-206, 2008. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n3_2008_201_206.pdf. Acesso em: 29 mar. 2016.

BENEDET, S. A., BUB, M. B. C. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2 ed. Florianopolis: Bernúncia Editora, 2001.

BENTO, V.F.R.; BROFMAN, P. R. S. Impact of the nursing consultation on the frequency of hospitalizations in patients with heart Failure in Curitiba, Parana state. **Arq. Bras. Cardiol**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n6/a13v92n6.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2014.

BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência cardíaca crônica. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 93, n. 1, supl.1, p 1-71, 2009. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.asp. Acesso em: 04 abr. 2016.

_____. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da III Diretriz Brasileira de Insuficiência cardíaca crônica. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 98, n. 1, supl.1, p 1-33, 2012. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cronica.asp>. Acesso em: 04 abr. 2016.

BOFF, L. **O cuidado essencial**: o princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, [Internet], v. 1, n. 1. 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>. Acesso em: 20 set. 2014.

BONOW, R.O., et al. **Braunwald: tratado de Doenças Cardiovasculares**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

BOUSSO, R. S.; POLIS, K.; CRUZ, D.A.L.M. Conceitos e teorias na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 1, n.48, p. 144-48, 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 10 out 2014.

BRAUNWALD, E. The war against heart failure: the lancet lecture. **The Lancet**, v. 385, n. 9970, p. 812-824, 28 fev 2015. Disponível em:

<[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61889-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61889-4.pdf)>.
Acesso em: 23 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. Regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providencias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 20 abr 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. **COFEN**: Rio de Janeiro, 8 fev. 2007. Disponível em<
<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>.
Acesso em: 20 abr 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE- nas instituições de saúde brasileiras. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 ago. 2002. Disponível em: <www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de Junho de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorrem o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providencias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 out. 2009a. Disponível em: <www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **CNS**: Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em;<
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 abr 2014.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a residência multiprofissional em saúde e residência em área profissional em saúde. **Ministério da Educação**, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Sec I, p. 7. Disponível em: www.portal.mec.gov.br. Acesso em: 12 jun de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2 ed. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2004. Disponível em:
<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/812/1/HumanizaSUS.%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 04 ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de Gestão da educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2009.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2011. Disponível em:<<http://www.fn-de.gov.br/arquivos/category/116-alimentacao-escolar?download=7897:plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-dcnt-no-brasil>>. Acesso em: 20 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus**. Assistência à Saúde: internações por especialidades e local de internação. [internet] 2012. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 15 fev 2016.

CALEGARI, D.P. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes hipertensos acompanhados em ambulatório multiprofissional. **Rev Enferm UFSM**, [Internet], n. 2, v. 3, p. 610-618, set/dez. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5696>>. Acesso em:15 abr. 2016.

CARSON, P. E. et al. The hospitalization burden and Pos-hospitalization mortality risk in heart failure with preservad ejection fraction. **JACC: Heart Failure**, v. 8, n. 6, p. 429-41, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25982110>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CASTRO, I. et al. Insuficiência Cardíaca. In: **Cardiologia para Clínico Geral**. FERREIRA, C., ed. Atheneu: São Paulo, 1999. Disponível em: <http://ebooks.med360.com.br/hosted_publishers/atheneu/atheneu180/85-7379-164-0/07.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CAVALCANTI, A. C. D.; CORREIA, D. M. S.; QUELUCI, G. C. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Rev Eletr Enf**, v.1, n. 11, p. 194-199, 2009 . Disponível em: <<http://fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a25.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

CORRÊA, L.M.; SANTOS, I.; ALBUQUERQUE, D. C. Nursing assessment: Reseach/care throught the sensible listening in the heart failure clinic. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n. 1, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1066/296>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

COSTA, R., et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 18, v. 4, p. 661-69, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

DOMINGUES, F. B.; CLAUSSELL, N.; ALITI, G. B.; DOMINGUEZ, D. R.; RABELO, E. R. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 96, n. 3, p. 233-239, mar.

2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n3/en_aop00611.pdf>. Acesso em: 12 out 2014.

DOUKKI, R., et al. Impact of dietary sodium restriction on Heart Failure outcomes. **JACC: Heart Failure**, Chicago, v. 4, n. 1, p. 24-35, 2016. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S2213177915006551/1-s2.0-S2213177915006551-main.pdf?_tid=c84e1490-6899-11e6-b86f-00000aacb35e&acdnat=1471892218_3ac00201768c65827862f6a996c819ff>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-7, set- out., 2005. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 16 set. 2016.

FEIJÓ, M.K.E.F.; BIOLO, A.; RABELO-SILVA, E.R. Adaptação e Aplicabilidade de um algoritmo para pacientes com insuficiência Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol**, 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85226/000883143.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 abr. 2014.

FEITELL, S.; HANKINS, S. R.; EISEN, H.J. Adjunctive therapy and management of the transition of care in pacientes with heart failure. **Cardiology Clinics**, v. 32, n. 1 p. 163-174, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733865113000908>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

FERREIRA, V. M. P. et al. Autocuidado, coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 3, n. 49, p. 388-394, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/103217/101634>>. Acesso em fev. 2016.

FIORELI, A. I. et al. Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. **Rev Med**, São Paulo, v. 2, n. 87, p. 105-120, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59067/62053>>. Acesso em: 10 out 2014.

FRAZIER, L., et al. Cardiovascular nursing on human genomics: what do cardiovascular Nurses need to know about congestive heart failure? **Prog Cardiovasc Nurs**, v. 3, n. 24, p. 80-85, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2749227/>>. Acesso em 24 ago. 2016.

FREITAS, M. T. S. de.; PUSCHUEL, V. de A, A. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 922-929, 2013. Disponível em:< www.scielo/usp.br/reeusp/

FRELLO, A. T.; CARRARO, T.E. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Esc Anna Nery**, São Paulo, v. 3, n. 17, p. 573-79, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0573.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

FURTADO, L. G.; NÓBREGA, M. M. de L. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1197-204, out. dez, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/39.pdf>>. Acesso em: 18 de ago de 2016.

GALVÃO, P. C. da C. et al. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 01-08, abr. jun, 2016. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44646>. Acesso em: 19 set. 2016.

GAUI, E. N.; KLEIN, C. H.; OLIVEIRA, G. M. de M. Mortalidade por insuficiência cardíaca: análise ampliada e tendência temporal em três estados do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 55-61, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 08 mai. 2014.

GOMES, A. T. L.; et al. Cuidados de enfermagem à pessoa com Insuficiência cardíaca. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 124-129, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/9295/6469>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

GUPTA, D.; et al. Dietary Sodium intake in heart failure. **Circulation**, Dallas, v. 126, n. 4, p. 479-485, 24 jul. 2012. Disponível em: www.circ.ahajournals.org/content/126/4/479. Acesso em: 24 de ago de 2016.

HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. ed. Revisada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER JOSE DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de ensino.

JAARSMA, T.; et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. **Patient Education and Counseling**, v. 92, n.1, p. 114-120, 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113000906>. Acesso em: 29 jun. 2016.

JOHNSON, F. L. Pathophysiology and ethiology of heart failure. **Cardiology clinics**, n. 1, v. 32, p. 9-19, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733865113000982>>. Acesso em: 7 ago. 2016.

JORGE, A.J.L. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. IN: **Abordagem multidisciplinar ao paciente com insuficiência cardíaca**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

JURGENS, C. Y., et al. Heart failure management in skilled nursing facilities. **Circulation: Heart Failure**, v.8, n. 3, p. 655-687, 2015. Disponível

em:<<http://circheartfailure.ahajournals.org/content/8/3/655.short>>. Acesso em: 2 mar. 2016.

KAPOOR, J. R.; et al. Precipitating Clinical Factors, Heart Failure Characterization, and Outcomes in Patients Hospitalized With Heart Failure With Reduced, Borderline, and Preserved Ejection Fraction. **JACC: Heart Failure**, v. 6, n. 4, p.464-472. 2016. Disponível em:<http://ac.els-cdn.com/S221317791630052X/1-s2.0-S221317791630052X-main.pdf?_tid=11800c1c-68a5-11e6-841f-00000aab0f27&acdnat=1471897065_365483d1c18a5f3329ca5238ef4bbace>. Acesso em: 12 ago. 2016

KLEIN, C. et al. Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento sobre Insuficiência Cardíaca para enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, n. 33, v.1, p. 19-25, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a03v33n1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

KLETEMBER, D. F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. 2004. 105 p. DISSERTAÇÃO (mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004. Disponível em: http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/6_A-METODOLOGIA-DA-ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-NO-BRASIL-UMA-VIS%C3%83O-HISTORICA.pdf. Acesso em: 12 jun 2015.

KLETEMBER, D. F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v.1, n. 63, p. 26-32, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a05.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

LAMBRINOU, E. et al. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. **Int J Nurs stud**. v.49 , n.5 , p.610-20, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22196054>>. Acesso em: abr. 2016.

LIBBY, P. et al. **Tratado de medicina cardiovascular**. ed. 9: Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 2v.

LINHARES, J. C. C. et al. Aplicabilidade dos resultados de Enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca e volume de líquidos excessivo. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, n. 37, v. 2, p. 1-8, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160261554.pdf>>. Acesso em: 12 de set 2016.

LIU, L.; EISEN, H. L. Epidemiology of heart failure and scope of the problem. **Cardiol Clin**, v. 32, n.1, p. 1-8, 2014. Disponível em: <[http://www.cardiology.theclinics.com/article/S0733-8651\(13\)00092-1/fulltext](http://www.cardiology.theclinics.com/article/S0733-8651(13)00092-1/fulltext)>. Acesso em: 11 mai. 2016.

MACHADO, M. I.; VIEIRA, A. L. S., OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em:

<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

MACHADO, C.G.I. et al. Conhecimento do enfermeiro sobre insuficiência cardíaca em um hospital geral. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 710-717, out-dez, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/issue/view/870>. Acesso em: 12 ago de 2016.

MALDONATO, J.S.; KAIKE, M. K. Papel do sistema renina-angiotensina-aldosterona no remodelamento cardíaco após o infarto do miocárdio experimental em ratos. **Science in Health**, São Paulo, v.1, n.2, p.40-54, 2011. Disponível em:<http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/04_jan_abr_2011/science_01_40_54_2011.pdf>. Acesso em 14 nov. 2014.

MALTA, D. C. et al. Balanço do primeiro ano da implantação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol, Serv. Saúde**, Brasília. Jan-mar 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a18.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MANN, D. L. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. In: BONOW, R.O., et al. **Braunwald: tratado de Doenças Cardiovasculares**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 609-639.

MARGOTO, G.; COLOMBO, R. C. R.; GALLANI, M. C. B. J. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical descompensation. **Rev Ecs Enferm**, São Paulo, v. 1, n. 43, p. 41-9. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_06.pdf>. Acesso em: 12 ago 2014.

MCCLINTOCK, S.; MOSE, R.; SMITH, L. F. Strategies for reducing the hospital readmission rates of heart failure pacientes. **Rev JNP**, EUA, v. 11, n.6, p. 430-433, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415514002591>>. Acesso em: dez 2015.

MCMURRAY, J. J. V. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. **European Heart Journal**, n. 33, v. 1, p. 1787-1847, 2012. Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/33/14/1787.full.pdf>. Acesso em: 24 set. 2014.

MELO, C. N. M. et al. Programa de residência multiprofissional em saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção do mercado de trabalho. **Sanare**, Sobral, v.11, n. 1, p. 18-25, 2012. Disponível em:<<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/262/235>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

MENTZ, R. J. et al. Decongestion strategies and renin-angotensin-aldosterone system activation in acute heart failure. **JACC: heart failure**, v. 3, n. 2, p. 97-107, 2015. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213177914004405>>. Acesso em: jun. 2015.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 12 nov 2014.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Plano de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia/. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2 ed. Rio de Janeiro, **INCA**, 2014.

MOORHEAD, S.; DOCHTERMANN, J. M. Linguagens e desenvolvimento das ligações. IN: JOHNSON, M.; et al. **Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 2 ed. Artmed, 2009. N-1-09.

MUSSI, C.M. et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.21, n.9, p. 1-9, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_04.pdf > acesso em: 21 jun 2014.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. S. F.; MOREIRA, A. A enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em foco**, Brasília, v.2, p. 68-72, 2011. Disponível em:<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

OLIVEIRA, S.K.P., et al. Temas abordados na consulta e enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n.1, p. 155-161, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>>. Acesso em; 24 abr 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Salud em las Américas**. Edicions de 2012: volume de países. Disponível em: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=192&Itemid>. Acesso em: 19 ago. 2016.

PAIM, J.; et al. O sistema de saúde pública brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797. 21 mai 2011. Disponível em:<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract)>. Acesso em: 24 abr. 2016.

PICCOLI, T. et al. Refletindo sobre algumas teorias de Enfermagem a partir do modelo de avaliação de Meleis. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 437-42, abr/jun. 2015. Disponível em: <

<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/37891/25558>>. Acesso em: 04 ago 2016.

RETRUM, J. H.; et al. Patient-identified factors related to heart failure readmissions. **Rev Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, Dallas, v.2, n. 6, p. 171-177, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23386663>>. Acesso em 15 mar. 2015.

RIEGEL, B.; JAARSMA, T.; STROMBERG, A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. **Advances in Nursing Science**, v.35, n.3, p. 194-204, 2012. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22739426. Acesso em: 12 de jun de 2016.

RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M. L.; ARREDONDO-HOLGUÍN, E.; HERRERA-CORTÉS, R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized trial. **Rev Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 296-306, mar/abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200012&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 13 set 2014.

SACCOMANN, I. C. R. S.; CINTRA, F. A.; GALANNI, M. C. B. J. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 18-24. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-18.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

SALDAÑA, D. M. A. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermera. **Investigación en enfermería: imagen y desarrollo**, Bogotá, v. 8, n. 1-2, jan.dez, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1452/145220734002.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.

SANTO, R. **Brainstorming – Tempestade de ideias (BS - TI) ou Como tirar seu time do “cercadinho mental”**. Disponível em: <[http://www.bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/741A876FE828908203256E7C00614A23/\\$File/NT00002206.pdf](http://www.bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/741A876FE828908203256E7C00614A23/$File/NT00002206.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SANTOS, C. **O grupo de discussão e os estudos sociológicos em contextos escolares**. VI Congresso Português de Sociologia, Lisboa, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/228.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

SANTOS, W. N. et al. Sistematização da Assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos na implementação. **JMPH**, Pernambuco, v. 5, n. 2, p. 153-158. 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/210/213>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 056 de 30 de agosto de 2013. **Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**. Utilização do método SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) no processo de enfermagem. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://portal.coren->

sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_056.pdf>. Acesso em: 21 de jul. 2016.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract)>. Acesso em: 24 abr. 2014.

SCHRAMM, J.M.A., et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F.S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **R. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.1, n.1, p. 88-96, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/2013>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

SILVA, C. T., et al. Educação permanente em saúde a partir e profissionais de uma residência multiprofissional: um estudo de caso. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 49-54, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300049>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SOARES, R. J.O.; ZEITOUNE, R. C. G. O cuidado e suas dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de enfermagem. **Revista online de pesquisa cuidado é Fundamental**. ed supl, p.41-44. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1667>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SOUSA, M. R. M. G. C.; MARTINS, T.; PEREIRA, F. O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crônica. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v.4, n. 6, p. 55-63, 2015. Disponível em: <http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2532&id_revista=24&id_edicao=85>. Acesso em: 09 ago. 2016.

SOUZA, L. L. de. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 218-232, 2014. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/viewFile/908/pdf_13. Acesso em: 10 mai 2015.

SULLIVAN, M. J. et al. The support, education and research in chronic heart failure study (SEARCH): a mindfulness-based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. **American Heart Journal**, v. 157, n. 1, p. 84-90, jan. 2009. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1908140. Acesso em: 30 nov. 2014.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2 ed [reimp]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TELES, L. M.R. et al. Development and validating na educational booklet for childbirth companions. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-84, dez. 2014. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S00800-62342014000600977&script=sci_artext. Acesso em 15 set. 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial**. 2 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. da. **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. A história do HC. Curitiba, 2015. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=content/historia-do-hc>. Acesso em: 16 fev. 2016a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. HC em números. Curitiba, 2015. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/83>. Acesso em: 16 fev. 2016b.

VAGHETTI, H. H. et al. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.267-75, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a18.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

VIEIRA, T. S. et al. Caracterização da produção científica sobre a teoria das necessidades humanas básicas. **Rev Interdisciplinar**, Terezina, v. 5, n.3, p. 52-57, 2011. Disponível em: http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev3_v5n3.pdf. Acesso em: 13 jun. 2015.

WALDOW. V. R. atualização do cuidar. **Rev. Aquichan**, Colombia, v. 8, n.1, p. 85-96, 2008. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/253>. Acesso em: 21 out. 2014

WHEELER, E., FISHER, J., LI, S. W. Transforming and scaling up professional education. **Res. Medica**, Edimburgo, v. 22, n.1, p. 139-142, 2014. Disponível em: <http://journals.ed.ac.uk/resmedica/article/viewFile/1123/1703>. Acesso em: 10 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases Country Profiles** 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 15 out 2014.

YANCE, C. W. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for de management for heart failure: a report of the American College of Cardiology foundation/ aamerican heart Association task force on practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol**, v. 62, n. 16, p.

e147-239, out. 2013. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109713021141>. Acesso em: 13 set. 2014.

ZORLOFF, L. A. M. et al. Ventricular remodeling after myocardial infarction: concepts and clinical implications. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 92, n. 2, p. 150-156, 2009.

Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n2/en_a13v92n2.pdf >. Acesso em 24 fev 2016.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa Nós, enfermeiras Nen Nalu Alves das Mercês e Anna Carolina Gaspar, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você residente de enfermagem da área Cardiovascular a participar de um estudo intitulado “Implantação da Consulta de Enfermagem em um ambulatório de insuficiência cardíaca”. Haja vista que a insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica complexa que compromete o bem-estar físico, social e psicológico do indivíduo e que este necessita de cuidados de enfermagem que atendam suas necessidades humanas básicas afetadas. Desta forma, esperamos construir um modelo de consulta de enfermagem capaz de ofertar uma assistência humanizada, baseada em evidências que proporcione melhora na qualidade de vida dos portadores de insuficiência cardíaca.

O objetivo desta pesquisa é implantar a consulta de enfermagem no ambulatório de insuficiência cardíaca baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda A. Horta.

Esta pesquisa acontecerá em duas etapas. Em um primeiro momento nos reuniremos para discutir as etapas da consulta de enfermagem conforme resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, e construir instrumentos que viabilizem a consulta de forma sistemática. Na sequência, você e a pesquisadora principal irão realizar a consulta de enfermagem em um ambulatório a fim de verificar sua aplicabilidade e efetividade na assistência de enfermagem ao portador de insuficiência cardíaca.

Para tanto você deverá comparecer no Hospital de Clínica-UFPR no 12º andar, para as reuniões semanais que acontecerão conforme agendamento prévio, em sala de aula predefinida e que devem durar aproximadamente 1 hora. Na segunda etapa, as consultas de enfermagem serão realizadas no ambulatório de Insuficiência cardíaca, no 2º andar do anexo B do Hospital de Clínicas, às terças-feiras no período da tarde.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: 1.melhorar o bem-estar físico-psíquico e social do portador de insuficiência cardíaca, reduzindo taxas de internamento, aumentando adesão a terapia e melhorando a qualidade de vida. 2.Contribuir para o crescimento técnico-científico da enfermagem, (enumerá-los). No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Eu, Anna Carolina Gaspar Ribeiro, enfermeira do Hospital de Clínicas, coloco-me a disposição para esclarecimentos a respeito de qualquer etapa da pesquisa no Centro de Terapia Intensiva Cardiologica, ou através dos telefones (41) 85034052 e (41) 3360-1006 e ainda pelo e-mail: anna.gaspar@ufpr.br, de segunda a sexta-feira, no período da manhã.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos –

CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As reuniões serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será deletado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código garantindo seu anonimato e segurança das informações.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome e Assinatura do participante da pesquisa
Curitiba, _____ de _____ de 2015.

Rubricas

Participante da pesquisa: _____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE REGISTRO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM AMB INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ SEXO: ☐ MASC ☐ FEM
 DATA DE NASC: ____/____/____ IDADE: _____ RG: _____ COR: _____
 NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
 ESTADO CIVIL: ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐ CONVIVENTE ☐ VIUVO
 ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____
 RENDA MEDIA FAMILIAR: ☐ 1 SALÁRIO MÍNIMO ☐ ENTRE 2 E 4 SALÁRIOS ☐ ENTRE 4 E 6 SALÁRIOS ☐ ACIMA DE 6 SALÁRIOS MÍNIMO.
 QUAL UBS DE REFERENCIA: _____ RESP. PARA CONTATO: _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA

ESTEVE INTERNADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ S ☐ N
 MOTIVO: _____
 DOENÇAS: ☐ HAS ☐ DM ☐ DPOC ☐ DAC ☐ IRC ☐ OUTRAS: _____

TEMPO DE DIAGNOSTICO DE IC: _____ (EM ANOS) TEMPO DE SEGUIMENTO NO AMB DE IC: _____

CIRURGIAS ANTERIORES (QUAIS E QUANDO): _____

FATORES DE RISCO

☐ TABAGISMO _____ CIGARROS/DIA HÁ _____ ANOS ☐ DROGADIÇÃO
☐ ETILISMO _____ LITROS/SEMANA HÁ _____ ANOS
 PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA ☐ S ☐ N QUAL: _____ TEMPO DE DURAÇÃO: _____
☐ SEDENTARISMO ☐ OBESIDADE PESO: _____
 ESTRESSE/ FATORES DESENCADEANTES: _____
 MEDICAÇÃO EM CASA: _____ USO REGULAR? ☐ S ☐ N

MEDICAMENTO	DOSAGEM	FREQUENCIA

ALERGIAS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

MÃE: ☐ VIVA DOENÇAS CRÔNICAS: _____ ☐ FALECIDA AOS _____ ANOS CAUSA: _____

PAI: ☐ VIVO DOENÇAS CRÔNICAS: _____ ☐ FALECIDO AOS _____ ANOS CAUSA: _____

IRMÃOS: ☐ VIVOS DOENÇAS CRÔNICAS: _____ ☐ FALECIDOS AOS _____ ANOS CAUSA: _____

3. HISTORIA ATUAL DA DOENÇA

QUEIXA PRINCIPAL:

FADIGA AOS ESFORÇOS? ☐ S ☐ N INTENSIDADE: _____ (+/++++)
 DISPNEIA? ☐ S ☐ N INTENSIDADE: _____ (+/++++)

CLASSE FUNCIONAL	SINAIS E SINTOMAS
I	Ausência de fadiga, dispneia ou palpitações durante atividades diárias.
II	Presença discretas de fadiga, dispneia u palpitação na realização de atividades Melhora ao repouso
III	Presença dos sintomas citados acima aos menores esforços.
IV	Presença de sintomas mesmo em repouso. Incapacidade de realizar as atividades d

QUADRO 4-CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL NYHA
 FONTE: BOCCHI (2014).

OUTRAS QUEIXAS:

☐ DOR TORACICA ☐ PALPITAÇÃO ☐ PRÉ-SÍNCOPE ☐ SÍNCOPE

4 AVALIAÇÃO GERAL:

SINAIS VITAIS: PA ____/____ mmHg TAX: ____° c FR ____ IPM FC: ____ BMP
 PESO: ____ ALTURA: ____ IMC: ____
 EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

EXAMES DE IMAGEM:

5 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS:

5.1 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:

MOBILIDADE FÍSICA (PRESERVADA- PARESIA- PLEGIA- PARESTESIA)

MMSS:

MMII:

MARCHA:

ALTERAÇÃO DA MEMÓRIA: S N

5.2 OXIGENAÇÃO:

RESPIRAÇÃO: ☐ EUPNÉIA ☐ TAQUIPNÉIA ☐ BRADIPNEIA ☐ DISPNEIA

AUSCULTA PULMONAR: MV PRESENTE: ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO DIMINUIDO: ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: ☐ RONCOS ☐ SIBILOS ☐ CREPTANTES ☐ ESTRIDOR ☐ ATRITO PLEURAL

TOSSE: ☐ S ☐ N PRODUTIVA: ☐ S ☐ N

5.3 PRECEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ACUIDADE VISUAL: PRESERVADA? REDUZIDA? ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA

ACUIDADE AUDITIVA: PRESERVADA? REDUZIDA? ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA

PALADAR:

DOR:

5.4 REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR:

TURGENCIA DE JUGULARES ? ☐ S ____/4+ ☐ N

PULSO CAROTÍDEO: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ FILIFORME ☐ CHEIO

PULSO RADIAL: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ FILIFORME ☐ CHEIO

PULSO PEDIOSO: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ FILIFORME ☐ CHEIO

TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR: ____/SEG

AUSCULTA CARDÍACA: ☐ BULHAS RÍTMICAS ☐ ARRÍTMICAS ☐ HIPERFONESE ☐ HIPOFONESE

☐ NORMOFONESE SOPRO: _____
 BAQUETEAMENTO DIGITAL:
 EDEMA/CACIFO: ☐ MMSS ☐ MMII

5.5 ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO INTESTINAL:

ACEITAÇÃO: _____ INGESTÃO DE FIBRAS (FRUTAS E VERDURAS): _____

RESTRIÇÃO DE SÓDIO? _____

ABDOMEN: ☐ NORMOTENSO ☐ TENSO ☐ DISTENDIDO ☐ ASCÍTICO RHA: ☐ NORMAIS
☐ HIPERATIVOS ☐ HIPOATIVOS

OUTRAS ALTERAÇÕES:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☐ NORMAL ☐ CONSTIPAÇÃO ☐ ALTERAÇÃO COM MUDANÇA DE AMBIENTE

5.6 HIDRATAÇÃO E ELIMINAÇÃO URINÁRIA:

CONDIÇÃO DAS MUCOCAS: ☐ HIDRATADAS E CORADAS ☐ RECESSADAS E HIPOCORADAS
 VOLUME DE LÍQUIDOS INGERIDOS: _____ L/ DIA ☐ ÁGUA ☐ CHÁS E SUCOS

☐ REFRIGERANTES

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☐ POLIURIA ☐ NICTURIA ☐ DISURIA ☐ OLIGURIA

OUTROS: _____

5.7 INTEGRIDADE FÍSICA:

PELE ÍNTEGRA? ☐ S ☐ N

DESCREVER LESÃO:

5.8 SEGURANÇA FÍSICA:

RISCO DE QUEDAS:

5.9 SONO E REPOUSO:

DORME BEM DURANTE A NOITE? _____

QUANTAS HORAS DE DESCANSO? _____

SENTE-SE CANSADO DURANTE O DIA? _____

OBSERVAÇÕES: _____

5.10 CUIDADO CORPORAL:

INDEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: ☐ S ☐ N

5.11 SEXUALIDADE:

☐ SATISFATORIO ☐ INSATISFATORIO ☐ SEM ATIVIDADE SEXUAL

LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELA DOENÇA? ESPECIFICAR:

5.12 TERAPÊUTICA:

DUVIDAS SOBRE MEDICAÇÕES?

6 NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

INTERAÇÃO SOCIAL/ FAMILIAR/ COMUNICAÇÃO/ AUTO-ACEITAÇÃO/ MUDANÇAS NO HUMOR/ PERCEPÇÃO DA DOENÇA E LIMITAÇÕES/ ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO/ SUPORTE FINANCEIRO/ RECREAÇÃO E LAZER/ EQUILÍBRIO EMOCIONAL: (ANSIEDADE- MEDO- DEPRESSÃO)

7 NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

SUPORTE ESPIRITUAL:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM:

RESULTADOS ESPERADOS:

APÊNDICE 3 - GUIA PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADORES DE IC

ANNA CAROLINA GASPAR RIBEIRO

NEN NALU ALVES DAS MERÇÊS



CURITIBA

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	104
2 OS PRIMEIROS PASSOS NO AMBULATÓRIO DE IC	106
3 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE IC, SEGUNDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	107
3.1 AVALIAÇÃO DO PORTADOR DE IC	109
3.1.1 Avaliação das Necessidades Humanas Básicas	110
3. 2 IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	112
3.3 PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	114
3. 4 IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	115
3. 5 REAVALIAÇÃO	118

1 INTRODUÇÃO

A Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca (IC) define esta patologia como uma síndrome clínica complexa caracterizada por incapacidade de enchimento ventricular ou de ejeção do sangue para a circulação, causando hipoperfusão tissular dos tecidos adjacentes, a qual está relacionada a alteração funcional ou estrutural do coração (BOCCHI et al, 2009).

Estudos indicam que sua incidência e prevalência vem aumentando gradativamente em todo mundo. É consenso entre estes pesquisadores que o envelhecimento da população e a melhora na abordagem dos eventos agudos isquêmicos implicam em maior chance de desenvolver a IC, os quais associados a hábitos não saudáveis (sedentarismo, obesidade, tabagismo e etilismo) contribuem para que esta síndrome seja vista como uma epidemia global (BRAUNWALD, 2015; BOCCHI et al, 2009; ALBUQUERQUE et al, 2015).

Por se tratar de uma síndrome crônica e de danos progressivos, cabe à enfermeira identificar a evolução em que se encontra o indivíduo, assim como correlacionar as alterações fisiopatológicas com os sintomas que apresentam e reconhecer a importância da assistência de enfermagem ao portador de IC.

Sendo assim, a classificação em quatro estágios, a saber estágio A, B, C e D, auxilia o processo de tomada de decisão e do raciocínio clínico dos quais a enfermeira precisa lançar mão no atendimento das Necessidades Humanas Básicas essa parcela significativa da população. Na abordagem inicial, estágio A, destinada àqueles indivíduos que apresentam risco para desenvolver a IC, ou seja, hipertensos, diabéticos, obesos, sedentários, etilistas, usuários de drogas ilícitas, indivíduos portadores de AIDS, submetidos a quimioterapia/ radioterapia e aqueles com doença coronariana. O objetivo é conscientizar para a adoção de hábitos de vida saudáveis (cessão do tabagismo e etilismo, alimentação equilibrada, atividade física), manutenção de terapia farmacológica otimizada. Por se tratar de um grupo de risco, não se evidenciam alterações funcionais e ou estruturais do coração (BOCCHI et al, 2009; JORGE, 2013).

No estágio B, as disfunções cardíacas são evidenciadas por eletrocardiograma e/ou ecocardiograma. Porém, os indivíduos não apresentam

sintomas clássicos de IC, portanto o foco é a prevenir os sintomas de IC e reduzir a evolução do remodelamento cardíaco (BOCCHI *et al*, 2009; YANCE; *et al*, 2013).

A partir do terceiro estágio, as disfunções cardíacas provocam sinais e sintomas recorrentes. Medidas terapêuticas a serem abordadas nesta fase dizem respeito a controle da sintomatologia, melhorar a qualidade de vida, promover a educação em saúde sobre o manejo da IC, prevenir hospitalizações e mortalidade, identificar as comorbidades associadas e melhorar a farmacoterapia (BOCCHI *et al*, 2009; YANCE *et al*, 2013).

Quando o portador de IC mantém a sintomatologia mesmo em repouso e a IC é refratária ao tratamento, institui-se o quarto estágio (D). Os objetivos nesse estágio são reduzir as hospitalizações, controlar os sintomas, melhorar a qualidade de vida e estabelecer medidas de final de vida. Nos indivíduos com melhor *status* há indicação de transplante cardíaco (YANCE *et al*, 2013).

Observa-se, portanto, que ações educativas permeiam todas os estágios da IC, pois para atingir os objetivos propostos em cada um dos quatro estágios se faz necessário envolver o portador de IC no seu processo saúde-doença. Diante deste fato, a consulta de enfermagem é um instrumento para melhorar a aderência terapêutica, ensinar sobre a IC e ações de autocuidado e, com isso reduzir hospitalizações e melhorar a qualidade de vida (BENTO; BROFMAN, 2008; CAVALCANTI; CORREIA; QUELUCI, 2009).

2 OS PRIMEIROS PASSOS NO AMBULATÓRIO DE IC

O ambulatório de IC do Hospital de Clínicas do Paraná compreende um espaço que envolve muitos servidores e estudantes. Por isso, antes de iniciar a CE no consultório, a enfermeira precisa estar atento ao meio que se insere, facilitando a comunicação, agindo cordialmente com todos os colegas e organizando a sala e o prontuário do portador de IC.

Fiquem atentos as seguintes situações:

- ✓ Ao chegar no SAM 5, apresente-se para as auxiliares administrativas. Elas organizam os prontuários, têm acesso ao sistema e podem ajudar no encaminhamento do portador de IC para outra profissão. Sempre comunique quais prontuários está retirando.
- ✓ Apresente-se, também, para o preceptor médico e para os residentes de medicina que estão escalados no ambulatório. Estreitar a comunicação, permitir a troca de conhecimento e desenvolver ações em conjunto são o foco do atendimento multidisciplinar.
- ✓ O serviço ainda não está adaptado para a consulta de enfermagem, o acesso ao sistema de informação hospitalar (SIH) está disponível em alguns consultórios. Para ter acesso aos exames laboratoriais e de imagem procure um computador com o número do registro hospitalar no indivíduo e anote as alterações relevantes para a assistência de enfermagem antes de iniciar a consulta.
- ✓ Utilize o Instrumento “Consulta de Enfermagem ao Portador de IC” (APÊNDICE 1) para organizar a assistência de enfermagem. Entretanto, para o registro no prontuário clínico, utiliza a técnica SOAP conforme orientação da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do hospital. O material está disponível para consulta no site **www.hc.ufpr.br/intranet**, caso julgue necessário imprima o livreto para consulta pessoal.
- ✓ Escolha a sala para a realização da CE, organize o local para permitir acolhimento e conforto do indivíduo.
- ✓ Ao terminar o registro no prontuário, o mesmo deve ser devolvido na secretaria.



3 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE IC, SEGUNDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Este guia está amparado no modelo teórico de Wanda de Aguiar Horta, intitulado Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Portanto, os conceitos e a estrutura para a realização da consulta de enfermagem ao portador de IC fundamenta-se nos conceitos adotados por este modelo, aliados aos diagnósticos segundo a taxonomia II da NANDA-I e nas intervenções e resultados propostos pelos sistemas de classificação NIC e NOC.

Assim, a assistência de Enfermagem é caracterizada por fazer pelo indivíduo aquilo que não pode fazer por si só. São ações que buscam auxiliar, ajudar, orientar, supervisionar ou encaminhar a outros profissionais o ser humano que apresenta estados de (des) equilíbrios em suas necessidades humanas básicas.

Por necessidade humana básica, Horta (2011) define como estados de desequilíbrios resultantes da interação do ser humano com o universo que estabelece relações dinâmicas, nas quais doa e recebe energia continuamente. Portanto, o indivíduo está sujeito às leis que regem o universo: lei do equilíbrio, lei da adaptação e lei do holismo. Ou seja, o universo se mantém em equilíbrio devido a interação entre os seus seres e constantemente se adapta para a manutenção dos estados de equilíbrio, sendo que o universo é um todo indivisível, assim como o ser humano, o qual não pode ser interpretado como a soma das partes.

Portanto, a **enfermeira** é um ser humano dotado de conhecimento técnico, científico e humanístico para atender as Necessidades Humanas Básicas (NHB) do indivíduo, da família e da comunidade e de torná-los independentes e autônomos do cuidado de enfermagem assim que possível. É da relação e interação entre o Ser-Enfermeira com o ser-cuidado que surge a **Enfermagem** (HORTA, 2011).

Posto que as ações de Enfermagem têm foco sobre o ser humano, definimos como objeto de cuidado deste guia o ser humano **portador de IC** que são aqueles indivíduos cuja estrutura e/ou função do coração estão comprometidos, causando uma gama de sinais e sintomas que implicam em piora da qualidade de vida e que pelo caráter crônico progressivo da doença, têm suas NHB comprometidas.

É primordial entender o **indivíduo** como ser complexo e indivisível, ou seja, não pode ser compreendido separando-o em partes, mas se faz necessário

entender sua interação com o meio, consigo mesmo e com o processo saúde-doença (HORTA, 2011).

Portanto, entende-se que o **Ambulatório de IC** é o ambiente em que a relação entre enfermeira e portador de IC serão estreitadas com o objetivo de melhorar a adesão à terapêutica por meio de ações educativas.

Para isso, buscará estabelecer no ambulatório **Boas práticas em saúde**, as quais relacionam-se com as ações de assistir o ser humano, buscando a manutenção e restabelecimento das NHB afetadas. Com o compromisso de atender as normativas éticas, legais e técnicas da profissão, baseadas nas evidências científicas atuais.

Como conceito de **saúde**, se estabelece não só a ideia de ausência de doença, mas de um estado de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. (HORTA, 2011).

Destarte, se estabelece o processo de enfermagem (PE) como um processo dinâmico cujas fases se inter-relacionam com o objetivo de prestar assistência de enfermagem ao ser humano (HORTA, 2011). Conforme descrito na resolução do COFEN nº 359 de 15 de junho de 2009 e na lei do exercício profissional de enfermagem do ano de 1986, trata-se de uma metodologia científica capaz de organizar e orientar a assistência de enfermagem, tornando claras as ações de cuidado e permitindo a mensuração dos resultados. Destaca-se ainda, como atribuição privativa das enfermeiras. Quando a aplicação do PE for em ambiente ambulatorial, emprega-se o termo Consulta de Enfermagem (CE) (BRASIL, 1986; BRASIL.COFEN, 2009;).

Compreende 5 etapas que se interrelacionam num processo contínuo de coletar dados, elencar diagnósticos, planejar intervenções e avaliar os resultados. Embora, o modelo teórico adotado neste guia organize o PE em 6 etapas, optou-se por seguir a resolução vigente sobre o tema. Nos capítulos seguintes, cada uma das 5 etapas da CE será descrita.

3.1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A primeira etapa da CE foi denominada por Horta (2011) como histórico de enfermagem. Compreende a fase de levantamento de dados, anamnese e exame físico, para a identificação das necessidades humanas básicas apresentados pelo indivíduo.

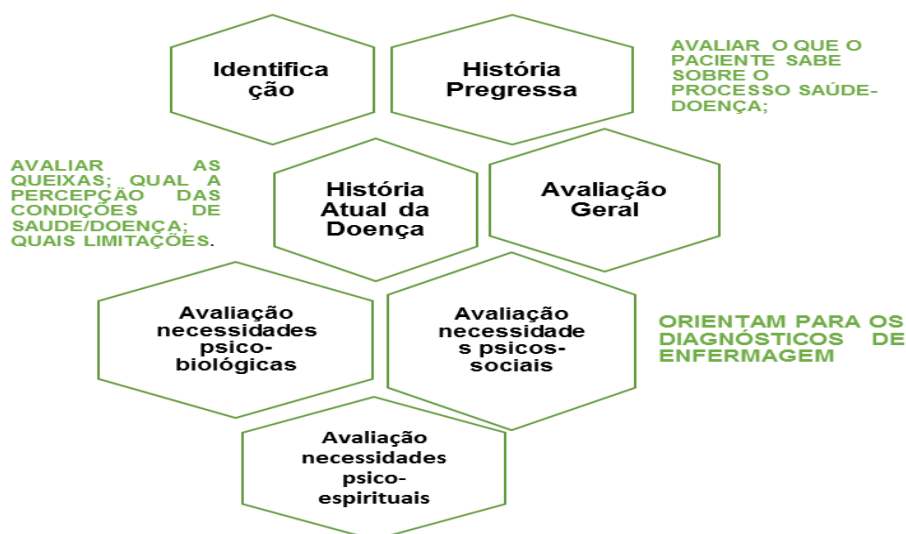
O instrumento para o registro da CE ao portador de IC (APÊNDICE 1) foi construído para orientar a coleta dos dados por meio de 7 grandes grupos de informações. No primeiro campo, é feita a caracterização social do portador de IC. Renda familiar e escolaridade permitirá que as intervenções estejam adaptadas ao contexto econômico e que a comunicação seja apropriada para o padrão sócio-educacional de cada indivíduo.

Aproveite o momento em que o portador de IC se descola para o consultório para avaliar: mobilidade física; classe funcional NYHA



No segundo campo, História Pgressa, o enfermeiro irá compreender como o processo saúde-doença tem sido enfrentada pelo indivíduo. É possível identificar a adesão dos portadores de IC à teraputica. No campo história atual da doença, é possível identificar a percepção do indivíduo sobre as limitações e o enfrentamento do adoecimento.

No quarto campo, a avaliação geral compreende a aferição dos dados vitais, controle de peso e identificação de exames laboratoriais alterados.



NOTAS PRÁTICAS: A VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DEVE SEGUIR A TÉCNICA DESCRITA NA VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENÇÃO. (NOBRE et al, 2010).

3.1.1 Avaliação das Necessidades Humanas Básicas

A avaliação das Necessidades Humanas Básicas (NHB) compreendem o olhar sensível e atento da enfermeira para os estados de desequilíbrios homeodinâmico que o portador de IC apresenta fisicamente, seja pelo exame físico ou pelo relato, emocionalmente e espiritualmente. portanto, para a prevenção, manutenção e reestabelecimento das condições em desequilíbrio que se faz necessario a assistencia de enfermagem. A partir do levantamento NHB afetadas é que as ações de enfermagem passam a ter um objetivo. O QUADRO 1 apresenta as NHB e a definição adotada por Benedet e BUB (2001). Espera-se clarificar o entendimento sobre as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais categorizadas por Horta (2011), baseado na classificação de Joao Mohana.

QUADRO 1- NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E CONCEITOS

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	Regulação neurológica	Necessidade do indivíduo preservar ou reestabelecer funcionamento adequado do sistema nervoso para exercer as funções do corpo
	Percepção dos órgãos dos sentidos	Necessidade de perceber o meio através de estímulo nervosos.
	Oxigenação	Necessidade de obter oxigênio através da respiração e realizar as trocas gasosas.
	Regulação vascular	Necessidade de transportar e distribuir os nutrientes vitais através do sangue
	Regulação térmica	Necessidade de manter a temperatura central equilibrada entre 36° a 37,5
	Hidratação	Necessidade de manter os líquidos corporais para a manutenção do metabolismo.
	Alimentação	Necessidade de nutrir o corpo para manter a vida
	Eliminação	Necessidade de eliminar substâncias através da urina e fezes para manter a homeostase corporal
	Integridade física	Necessidade de manter as características da pele (elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração) para proteger o corpo

	Atividade física	Necessidade de mover-se em determinadas situações para evitar lesões osteomusculares e vasculares.
	Sono e repouso	Necessidade de reduzir parcial ou completamente as funções conscientes para obter restauração
	Cuidado corporal	Necessidade de realizar as atividades para o asseio corporal
	Segurança física/ meio ambiente	Necessidade de manter um ambiente livre de agentes agressores à vida
	Sexualidade	Necessidade de unir aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais no relacionamento sexual
	Terapêutica	Necessidade do indivíduo de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde
NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS	Comunicação	Necessidade de enviar e receber mensagens, utilizando a linguagem verbal e não verbal
	Gregária e lazer	Necessidade de viver em grupo
	recreação e lazer	Necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir objetos e ideias
	Segurança emocional	Necessidade de compartilhar seus sentimentos e sentir-se acolhido pelo outro
	Amor; aceitação	Necessidade de ter sentimentos em relação aos demais (família, amigos).
	Auto-estima; autoconfiança e autorespeito	Necessidade de sentir-se preparado para enfrentar os percursos da vida, valorização pessoal.
	Liberdade e participação	Necessidade de agir conforme sua própria determinação, respeitando aos limites impostos pela sociedade.
	Educação para saúde/ aprendizado	Necessidade de adquirir conhecimento e habilidade para enfrentar situações de saúde-doença.
	Auto-realização	Necessidade de desenvolver plenamente suas capacidades físicas, emocionais, mentais e sociais
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	Religiosidade/espiritualidade	Necessidade inerente ao ser humano de estabelecer uma relação com um ser ou entidade superior.

FONTE: ADAPTADO PELA AUTORA DE BENEDET E BUB (2001).

Escute atentamente o que a pessoa a sua frente está dizendo. Agir de maneira empática é crucial para a formação de vínculo e para que o portador de IC sintase acolhido.



NOTA PRÁTICA: antes de iniciar o exame físico, explique o que está fazendo e para quê. Durante o exame, converse com a paciente, pode ser que muitas informações relevantes aparecerão. O instrumento deve ser um guia para as etapas da coleta de dados, mas não deve ser limitado por eles.

3.2 IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Segundo Horta (2011), os diagnósticos de Enfermagem são a identificação das necessidades humanas básicas e a determinação da natureza e extensão do atendimento dessas necessidades pela enfermeira.

Neste guia recomendamos a utilização da taxonomia II da NANDA-I para a seleção de diagnósticos de enfermagem para o portador de IC. Os diagnósticos listados abaixo são diagnósticos já evidenciados na literatura como sendo comum a esses indivíduos. Contudo, a assistência de Enfermagem deve ser individualizada e focada nas necessidades identificadas durante o histórico de Enfermagem, ficando sob responsabilidade da enfermeira que avalia a seleção dos diagnósticos mais pertinentes.

QUADRO 2- RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E DIAGNÓSTICOS DA NANDA-I.

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS	REFERÊNCIAS
Terapêutica	Controle ineficaz da saúde	Dificuldades com o regime terapêutico. Falha em agir para reduzir fatores de risco. Escolhas de vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde	Conhecimento insuficiente do regime terapêutico Regime de tratamento complexo.	Azzolin et al (2012)
Nutrição	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	Alterações no paladar; Interesse insuficiente pelos alimentos;	Fatores biológicos; Ingestão alimentar insuficiente	Pereira et al (2011)
Eliminação	Volume de líquidos excessivos	Ganho de peso em um curto período Dispneia Distensão de veia jugular	Ingesta excessiva de sódio Mecanismo regulador comprometido	Linhares et al (2016) Azzolin et al (2012) Galvao et al (2016)
Sono e repouso	Insônia	Alteração no padrão de sono; Dificuldade para manter o sono; Estado de saúde comprometido	Agentes farmacológicos; Desconforto físico;	Amorin et al (2013)
Atividade física	Fadiga	Aumentos dos sintomas físicos; Cansaço; Capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais	Condição fisiológica; Depressão; Privação de sono;	Azzolin et al (2012) Pereira et al (2015)
Atividade física	Mobilidade física prejudicada	Dispeia aos esforços; Desconforto	Agente farmacológico; Intolerância a atividade	Galvao et al (2016) Amorin et al (2013)
Regulação vascular	Débito cardíaco diminuído	Alterações eletrocardiográficas; Dispneia paroxística noturna; pulsos periféricos diminuídos; Tempo de enchimento capilar prolongado;	Pré-carga alterada; Pós-carga alterada; Contratilidade alterada	Azzolin et al (2012) Galvao et al (2016) Pereira et al (2015)
Regulação vascular	Perfusão periférica ineficaz	Edema; Características da pele alterada; Pulsos periféricos	Conhecimento do processo de doença	Galvao et al (2016)

		diminuídos		
Autoestima/	Desesperança	Alterações no padrão de sono; Apetite diminuído; Indicadores verbais de desânimo	Deterioração da condição fisiológica;	Galvao et al (2016) Vasconcelos et al (2015)
Sexualidade	Disfunção sexual	Alteração na atividade sexual Limitação sexual percebida	Alterações na função do corpo; Alterações na estrutura do corpo;	Galvao et al (2016)
autorealização	Sentimento de impotência	Depressão; Frustração quanto a capacidade de realizar atividades anteriores	Regime terapêutico complexo	Vasconcelos et al (2015)
Religiosidade	Sufrimento espiritual	Ansiedade; insônia; questionamento do sentido da vida;	Transição da vida; enfermidade; Aumento da dependência do outro	Vasconcelos et al (2015)

Fonte: Adaptada de Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificações (2015).

3.3 PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A partir da determinação dos diagnósticos de Enfermagem, é preciso elaborar um plano assistencial para que as necessidades sejam sanadas ou melhoradas.

Para a padronização da linguagem de enfermagem, recomenda-se a utilização da classificação de Intervenção de Enfermagem da *Nursing Intervention Classification* (NIC) e de resultados de Enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Abaixo, segue exemplo para o planejamento da Assistência baseado no livro sobre as Ligações entre Nanda-NIC-NOC. (JOHNSON et al, 2009).

Diagnóstico de Enfermagem: Controle ineficaz da saúde	
Intervenções Identificar os fatores de risco modificáveis Ensinar: dieta, medicamentos, atividade e exercícios prescritos; controle de peso; Promover o envolvimento familiar no cuidado	Resultados Conhecimento: controle da Insuficiência Cardíaca

Diagnóstico de Enfermagem: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	
Intervenções Ensinar: dieta prescrita Encaminhar para nutricionista Monitorizar o peso Incentivar a modificação do comportamento Buscar alternativas para a melhora da aceitação da dieta	Resultados Comportamento de aceitação: dieta prescrita

Diagnóstico de Enfermagem: Desesperança	
Intervenções Melhorar do enfrentamento; Apoiar emocionalmente Escutar ativamente Auxiliar na escolha de atividades recreativas (terapia ocupacional) Encaminhar para psicologia e terapia ocupacional	Resultados Redução nível de depressão Aumento na qualidade de vida

Diagnóstico de Enfermagem: Fadiga	
Intervenções Ensino: atividade física / exercícios prescritos Incentivar a prática de atividade física Incentivar períodos de repouso	Resultados Redução do nível de fadiga

Nota Prática: esta fase compreende a fase “A” do método SOAP. Caso tenha dúvidas, consulte o guia avaliação de Enfermagem elaborado pela Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Complexo Hospital de Clínicas- UFPR. Você pode ter acesso a versão impressa ou consultar a intranet.

3.4 IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Nesta fase, os resultados devem ser mensurados a médio e longo prazo, considerando que o tempo de retorno para o ambulatório podem variar de 15 dias a 1 ano. As metas devem ser pactuadas, isso significa envolver o portador de IC no seu processo saúde-doença e se possível um familiar.

Observando as intervenções propostas pelo NIC, destaca-se a importância das ações educativas. Estas devem ser prioritárias na assistência de enfermagem no ambulatório de IC, pois entende-se que, cabe à enfermeira, envolver o indivíduo no manejo da doença e de torna-lo independente do cuidado da Enfermagem.

Sendo assim, destaca-se as principais orientações.

1. Monitorização diária de peso

Justificativa:

O controle diário de peso pode evitar episódios de hipervolemia e possíveis quadros de congestão. Ganho de peso acima de 1,3 kg em uma semana pode significar retenção de líquidos.

Intervenções:

Orientar o paciente a se pesar diariamente, pela manhã, em jejum, após esvaziar a bexiga, com roupas leves e com a mesma balança, registrando o resultado em uma caderneta.

2. Monitorização de sintomas de IC

Justificativa:

Compreender os sintomas que antecedem quadros de descompensação podem evitar reinternações e a procura precoce do serviço de saúde.

Intervenção:

Explicar as causas da dispneia, do edema, ganho de peso e fadiga no portador de IC.

3. Educação para o uso dos medicamentos

Justificativa:

O uso correto das medicações pode reduzir a evolução da doença, controlar sinais e sintomas, favorecendo uma melhor qualidade de vida.

Intervenção:

Revisar as medicações prescritas, quando a dose, os horários e funcionalidade, com o paciente.

Avaliar a compreensão após a revisão.

Encaminhar para a farmacêutica, caso necessário.

4. Atividade física e repouso

Justificativa: atividade física, para pacientes com IC estabilizada, pode melhorar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida. A orientação de exercício deve ser individualizada, respeitando a capacidade funcional do indivíduo (BOCCHI, et al, 2011).

Intervenções:

Orientar para realização de caminhadas: com roupas leves, calçados confortáveis. Iniciar em terreno plano. Se possível, acompanhando de um familiar. O tempo de duração deve respeitar a tolerância do indivíduo e ser aumentada gradualmente conforme este se sinta mais confortável.

5. Restrição de Sódio

Justificativa:

O excesso de sódio pode contribuir para a exacerbação dos sintomas (JURGENS et al, 2015).

Intervenções:

Orientar a utilizar até 3g/dia de sal.

Orientar o uso de ervas naturais para o tempero da comida: salsinha e cebolinha, manjerição, alecrim, tomilho, orégano, etc.

Evitar alimentos industrializados, processados e em conserva.

6. Controle da ingestão de líquidos.

Justificativa:

O excesso de líquidos pode favorecer estados hipervolêmicos. O uso de água e outros líquidos devem ser limitados a 1,5 litros quando há descompensação.

Intervenções:

Orientar para redução da ingestão de líquidos quando apresentar ganho de peso de um dia para o outro ou intercalado na semana.

7. Imunização contra influenza

Justificativa:

A vacinação pode impedir as infecções de vias respiratórias que são responsáveis por quadros de descompensação (BOCCHI, et al, 2011).

Orientar a vacinar contra a influenza todos os anos.

Ao final do processo de orientação, reveja o nível de compreensão do indivíduo. Solicitando para que ele repita ou reforce as orientações que foram dadas. O encaminhamento para outros profissionais será útil para a incorporação de outros saberes a fim de melhorar a qualidade de vida dos portadores de IC.

Nota Prática: esta fase compreende a fase “P” do método SOAP.
No primeiro registro, organize reduzidamente o PLANO TERAPÊUTICO, contemplando todas as intervenções realizadas.
Nas consultas seguintes, registre se as metas foram alcançadas. Descrevendo como “ Resultados de Enfermagem”

3.5 REAVALIAÇÃO

A última etapa do processo de Enfermagem compreende a (re) avaliação do plano de assistencial que foi traçado a fim de verificar se as ações realizadas atingiram os objetivos propostos. Cabe aqui a adoção do pensamento crítico para observar se as necessidades humanas básicas afetadas, identificadas na primeira avaliação, foram atendidas. Caso seja necessário a mudança dos diagnósticos e, por conseguinte as intervenções e os resultados de enfermagem registrar o campo “P” do SOAP os avanços e as limitações durante a vigência do plano assistencial. Vale ressaltar a necessidade, de tornar o indivíduo autor do seu processo saúde-doença e independente das ações de enfermagem sempre que possível.

O portador de IC deve ser constantemente, reorientado sobre o processo da doença, os tratamentos mais efetivos cientificamente e disponíveis no sistema de saúde. Portanto a reavaliação deve conter também a percepção da enfermeira sobre a aceitação da IC e das limitações frente a doença.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D. C. de. et al. I registro brasileiro de insuficiência cardíaca: aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. *Arq. Bras. Cardiol.* [online], ahead print, p. 0-00. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150031.pdf>. Acesso em: 12 mar 2016
- AMORIM, L.E. de O. et al. Relação entre diagnósticos de enfermagem e qualidade e vida de pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Rev Bras Cardiol**, v. 1, n. 26, p. 40-44. Jan-fev. 2013. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/V26n01a06.pdf>>. Acesso em: set. 2016.
- AZZOLIN, K.O. et al. Home-based nursing interventions improved knowledge of disease and management in patients with heart failure. **Rev Lat-Am Enfermagem**. v. 1, n.23, p. 44-50. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2523>>. Acesso em: set. 2015.
- BRAUNWALD, E. The war against heart failure: the lancet lecture. **The Lancet**, v. 385, n. 9970, p. 812-824, 28 fev 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61889-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61889-4.pdf)>. Acesso em: 23 fev 2016.
- BENEDET, S. A., BUB, M. B. C. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.
- BENTO, V.F.R.; BROFMAN, P. R. S. Impact of the nursing consultation on the frequency of hospitalizations in patients with heart Failure in Curitiba, Parana state. **Arq. Bras. Cardiol**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n6/a13v92n6.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2014.
- BRASIL. Decreto-lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. Regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providencias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 20 abr 2016.
- _____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de Junho de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorrem o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providencias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 out. 2009a. Disponível em: <www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 20 de maio de 2016.
- BOCCHI, E.A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência cardíaca crônica. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 93, n. 1, supl.1, p 1-71, 2009. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.asp. Acesso em: 04 abr 2014.

_____. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da III Diretriz Brasileira de Insuficiência cardíaca crônica. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 98, n. 1, supl.1, p 1-33, 2012. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cronica.asp>. Acesso em: 04 abr. 2014.

CAVALCANTI, A. C. D.; CORREIA, D. M. S.; QUELUCI, G. C. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Rev Eletr Enf**, v.1, n. 11, p. 194-199, 2009 . Disponível em: <<http://fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a25.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

GALVÃO, P. C. da C. et al. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 01-08, abr. jun, 2016. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44646>. Acesso em: 19 set. 2016.

HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. ed. Revisada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

JOHNSON, M. et al. **Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 2 ed. Artmed, 2009.

JORGE, A.J.L. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. IN: **Abordagem multidisciplinar ao paciente com insuficiência cardíaca**.1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

JURGENS, C. Y., et al. Heart failure management in skilled nursing facilities. **Circulation: Heart Failure**, v.8, n. 3, p. 655-687, 2015. Disponível em:<<http://circheartfailure.ahajournals.org/content/8/3/655.short>>. Acesso em: 2 mar. 2016.

LINHARES, J. C. C. et al. Aplicabilidade dos resultados de Enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca e volume de líquidos excessivo. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, n. 37, v. 2, p. 1-8, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160261554.pdf>>. Acesso em: 12 de set 2016.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2015-2017**. Tradução de: GARCEZ, R. M. ed. Artmed:2015.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 96, n.1. suppl. 1, p. 01-51, 2010. Disponível em: <[publicações.cardiol.br/diretrizes](http://publicacoes.cardiol.br/diretrizes)>. Acesso em: 14 set 2015

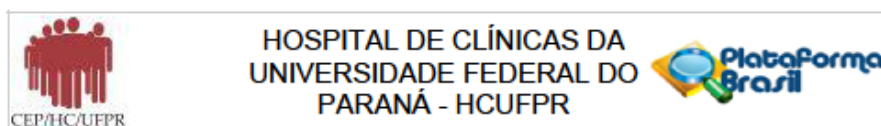
PEREIRA, J. de M. V. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados com doença cardiovascular. **Esc. Anna Nery [online]**, v. 15, v. 4, p.

737-745, out-dez. 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid+S1414-81452011000400012&script=sci_abstrat&ting=pt. Acesso em 14 ago. 2016.

VASCONCELOS, A. de G. et al. Repercussões no cotidiano dos pacientes pós-transplante cardíaco. **Acta Paul Enferm**, v.28, n. 6, p. 573-579, nov-dez, 2015. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&piid+s0103-2100201500060073. Acesso em: 19 set. 2016.

YANCE, C. W. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for de management for heart failure: a report of the American College of Cardiology foundation/ aamerican heart Association task force on practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol**, v. 62, n. 16, p. e147-239, out. 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109713021141>. Acesso em: 13 set. 2014.

ANEXO 1- PARECER CIRCUNSTANCIADO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS HC-UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Implantação da Consulta de Enfermagem em um Ambulatório de Insuficiência Cardíaca

Pesquisador: NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40554415.7.0000.0098

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 970.802

Data da Relatoria: 25/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa, que se inicia da identificação ou diagnóstico de um problema que atinge o coletivo - falta da consulta de enfermagem no ambulatório de insuficiência cardíaca - e, a implementação de soluções - intervenção - na prática onde ele acontece, permitindo o envolvimento da mestrandia pesquisadora com os participantes da pesquisa – enfermeiros e enfermeiros residentes, de um hospital público de ensino do Sul do país. O estudo será desenvolvido na área de Enfermagem Cardiovascular com ênfase na assistência ambulatorial do portador de Insuficiência Cardíaca Crônica. Considerando esses aspectos, escolhemos como abordagem a pesquisa qualitativa do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA se baseou na pesquisa-ação de Lewin e no processo de enfermagem para construir um método de pesquisa que aproximasse a prática assistencial do enfermeiro com a pesquisa. Procura estreitar o limiar de saber-fazer com o saber-pensar. Seus pressupostos incluem: a participação dos envolvidos na situação, construção coletiva para resolver ou minimizar as questões relativas à prática da enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004). A PCA está estruturada em cinco fases, são elas: concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004). Para visualização das etapas da PCA utilizou-se o seguinte fluxograma: FLUXOGRAMA 1: Percurso

Endereço: Rua Gal. Camello, 181	
Bairro: Alto da Glória	CEP: 80.060-900
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 970.802

metodológico da PCA.FONTE: A AUTORA (2015).

Apresenta o objetivo de implantar a consulta de enfermagem em um ambulatório de insuficiência cardíaca, a ser desenvolvida no período de março a outubro de 2015. Os participantes serão enfermeiros do Serviço de Cardiologia e enfermeiros residentes. O cenário da pesquisa é um ambulatório de insuficiência cardíaca, que não

possui a consulta de enfermagem sistematizada. A coleta de dados utilizará as técnicas de grupo de discussão e pesquisa-intervenção a capacitação participante e a supervisão capacitante. A análise será com estatística descritiva simples e análise de conteúdo

Objetivo da Pesquisa:

Implantar a consulta de enfermagem no ambulatório de cardiologia deste hospital de ensino.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos significativos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de cunho acadêmico e profissional a ser realizada por mestranda de enfermagem devidamente orientada por professora qualificada, que pretende implantar a consulta de enfermagem especializada no ambulatório de cardiologia de forma integrada à análise das etapas necessárias para tal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado aos participantes da pesquisa (enfermeiros).

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto e documentações apresentados de forma adequada.

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 970.802

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 03 de Março de 2015

Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

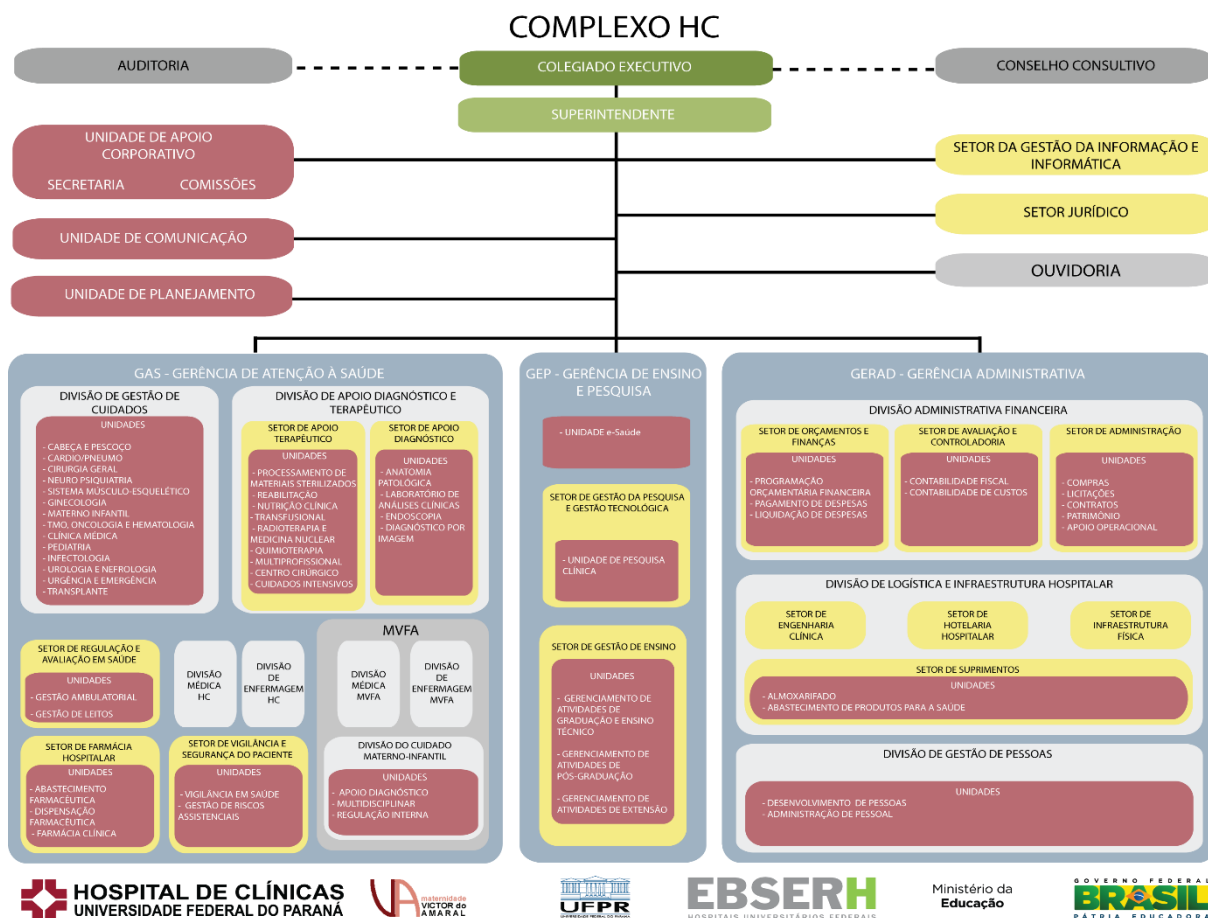
Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2- QUESTIONÁRIO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE INSUFICIÊNCIA CARDÍCA (Q-CENIC)

1. Pacientes com IC devem tomar bastante líquido todos os dias.	V)	F)
2. Contanto que não se adicione sal aos alimentos, não há restrições na dieta para pacientes com IC.	V)	F)
3. Tosse, náuseas e diminuição do apetite são sintomas comuns da IC num estágio mais avançado	V)	F)
4. Pacientes com IC devem reduzir as atividades e a maioria das formas de exercícios ativos deve ser evitada	V)	F)
5. Se o paciente apresentar acréscimo de mais de 1.400Kg em 48 horas sem outros sintomas de IC, este aumento de peso não deve ser considerado.	V)	F)
6. O abdome globoso pode indicar retenção de líquido devido à piora da IC.	V)	F)
7. Se o paciente tomar seus medicamentos corretamente e seguir as orientações adequadas em relação ao “estilo de vida” sugerido, poderá curar a IC.	V)	F)
8. Se o paciente dormir com mais que um travesseiro à noite para não sentir falta de ar, não significará que seu estado de IC piorou.	V)	F)
9. Se um paciente se acorda à noite com dificuldade para respirar, e essa dificuldade é aliviada ao sair da cama e caminhar, isso não significa que a condição da IC tenha piorado.	V)	F)
10. Carnes magras processadas são uma escolha alimentar aceitável como parte da dieta do paciente.	V)	F)
11. Uma vez que os sinais de IC desaparecerem, não é mais necessário a pesagem diária (do paciente).	V)	F)
12. O controle do peso diário deverá ser comparado com o peso do dia anterior, e não com o peso ideal ou peso seco do paciente	V)	F)
13. Pacientes estáveis podem ser encorajados a manter sua atividade sexual, fazendo os ajustes necessários para evitar esforço em demasia e o surgimento de sintomas.	V)	F)
14. Os pacientes com IC devem ser orientados, quando em uso de nitratos, que só podem fazer uso de sildenafil 24 horas após a suspensão do nitrato.	V)	F)
15. O uso correto das medicações e a adesão as medidas de controle de dieta, peso, ingesta hídrica, podem evitar crises de descompensações.	V)	F)

ANEXO 3- ORGANOGRAMA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



FONTE: HC-UFPR (2016).

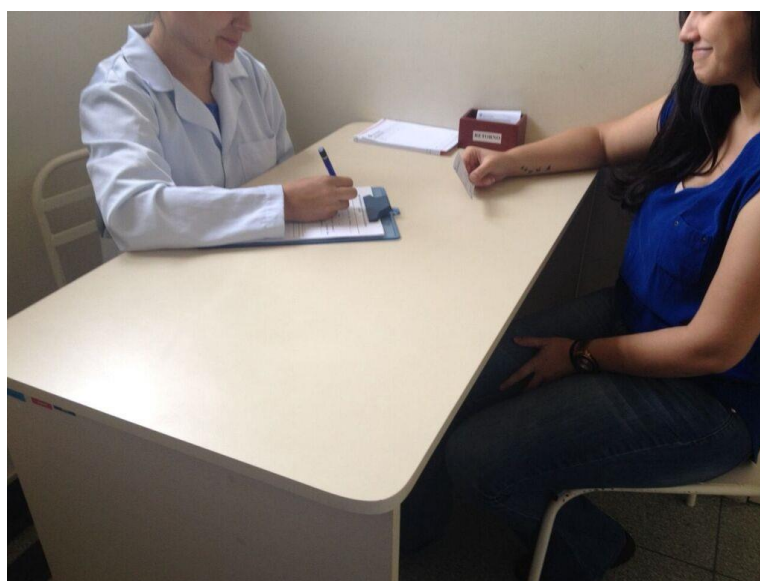
ANEXO 4- FOTOGRAFIAS DO AMBULATÓRIO

FIGURA 3 - PANORAMA DO CENÁRIO DE PESQUISA: RECEPÇÃO



FONTE: A autora (2016).

FIGURA 4 - SIMULAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE IC



FONTE: A autora (2016).

